

Etude Radiologique de l'Amibiase Intestinale Chronique

(L'apport de la Radiologie dans le diagnostic étiologique
et dans l'appréciation de l'évolutivité)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 DÉCEMBRE 1953

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

NICOLAS Jacques

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 9 Mars 1923 à FONTAINEBLEAU (Seine-et-Marne)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

—
1953

NICOLAS (Jacques)

Etude radiologique de l'Amibiase intestinale chronique. (L'apport de la Radiologie dans le diagnostic étiologique et dans l'appréciation de l'évolutivité.)

Lyon, Imprimerie des Beaux-Arts, C. Annequin, 1953. In-8, 72 p., fig.

(*Thèse Médecine Lyon, 1953-1954*
N° 36)

NICOLAS (Jacques)

Etude radiologique de l'Amibiase intestinale chronique. (L'apport de la Radiologie dans le diagnostic étiologique et dans l'appréciation de l'évolutivité.)

Lyon, Imprimerie des Beaux-Arts, C. Annequin, 1953. In-8, 72 p., fig.

(*Thèse Médecine Lyon, 1953-1954*
N° 36)

NICOLAS (Jacques)

Etude radiologique de l'Amibiase intestinale chronique. (L'apport de la Radiologie dans le diagnostic étiologique et dans l'appréciation de l'évolutivité.)

Lyon, Imprimerie des Beaux-Arts, C. Annequin, 1953. In-8, 72 p., fig.

(*Thèse Médecine Lyon, 1953-1954*
N° 36)

NICOLAS (Jacques)

Etude radiologique de l'Amibiase intestinale chronique. (L'apport de la Radiologie dans le diagnostic étiologique et dans l'appréciation de l'évolutivité.)

Lyon, Imprimerie des Beaux-Arts, C. Annequin, 1953. In-8, 72 p., fig.

(*Thèse Médecine Lyon, 1953-1954*
N° 36)

ÉTUDE RADIOLOGIQUE
DE L'AMIBIASE INTESTINALE CHRONIQUE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen Honoraire.....	MM. J. LEPINE
Doyen	HERMANN
Assesseur	GATE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, VILLARD, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, PATEL,
FAVRE, LEPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND

PROFESSEURS

Clinique médicale A.....	MM. FROMENT
Clinique médicale B.....	P. RAVAU
Clinique chirurgicale A.....	SANTY
Clinique chirurgicale B.....	WERTHEIMER
Clinique ophtalmologique.....	BONNET
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	REBATTU
Clinique urologique.....	CIBERT
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	DUFOURT
Clinique dermatologique et syphiligraphie.....	GATE
Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale.....	DECHAUME
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie.....	SEDALLIAN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	GUILLEMINET
Clinique gynécologique.....	POLLOSSON
Clinique obstétricale et Accouchements.....	PIGEAUD
Clinique stomatologique.....	DUCLOS
Clinique médicale infantile et Hygiène premier âge.....	BERNHEIM
Pharmacie et Pharmacologie.....	LEULIER
Physiologie.....	HERMANN
Anatomie pathologique.....	J.-F. MARTIN
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	PONTHUS dét. à Bayrouth
Médecine du Travail.....	MAZEL
Parasitologie et Pathologie exotique.....	GARIN
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.....	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.....	CHAMBON
Pathologie générale et expérimentale.....	JOSSERAND
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	DELORE
Anatomie.....	GABRIELLE
Pathologie interne.....	CROIZAT
Chimie biologique et médicale.....	ENSELME
Pathologie chirurgicale.....	MALLET-GUY
Histologie.....	NOEL
Pharmacie galénique et matière médicale.....	REVOL
Médecine légale et déontologie.....	BOURRET
Thérapeutique.....	LEVAT
Hygiène.....	SOHIER
Biologie médicale.....	JOURDAN
Propédeutique chirurgicale.....	BERTRAND
Botanique et cryptogamie.....	NETIEN

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique	MM. BANSSILLON
Chimie organique et Toxicologie.....	BADINAND
Pharmacie et Pharmacologie.....	DREVON

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Physique biologique.....	MM. BERGER	Bactériologie	MM. A. BERTOYE —
Parasitologie	COUDERT	Physiologie	CHATONNET —
Parasitologie	ROMAN	Physiologie	CIER —
Histologie	TUSQUES	Biochimie médicale.....	R. CREYSSEL —

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie médicale.....	MM. BRUN	Obstétrique	MM. BROCHIER
Pathologie médicale.....	M. GIRARD	Obstétrique	MAGNIN
Pathologie médicale.....	P. GIRARD		MATHIEU
Pathologie médicale.....	JEUNE	Anatomie pathologique..	A. GUICHARD
Pathologie médicale.....	VACHON	Anatomie	M. LATARJET
Pathologie médicale.....	GALY	Neuro-chirurgie	LECUIRE
Pathologie médicale.....	GONIN	Oto-rhino-laryngologie ..	MAYOUX
Pathologie chirurgicale.....	BERARD	Ophtalmologie	PAUFIQUE
Pathologie chirurgicale.....	DARGENT	Urologie	PERRIN
Pathologie chirurgicale.....	DESJACQUES	Dermato-syphiligraphie ..	THIERS
Pathologie chirurgicale.....	LABRY	Médecine légale.....	ROCHE
Pathologie chirurgicale.....	MANSUY		
Pathologie chirurgicale.....	A. TRILLAT		
Pathologie chirurgicale.....	GUILLET		
Orthopédie	J. MARION		

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Hygiène	BENAZET
---------------	---------

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. SOHIER, Président ; M. GIRARD, VACHON, BENAZET, Assesseurs.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
ANNÉE SCOLAIRE 1953-1954 — N° 36

Etude Radiologique de l'Amibiase Intestinale Chronique

(L'apport de la Radiologie dans le diagnostic étiologique
et dans l'appréciation de l'évolutivité)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 DÉCEMBRE 1953

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

NICOLAS Jacques

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 9 Mars 1923 à FONTAINEBLEAU (Seine-et-Marne)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1953



A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MON FILS

A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A MES BEAUX-FRÈRES ET BELLES-SŒURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur R. SOHIER

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Lyon
Médecin-chef du Service des Contagieux
de l'Hôpital Militaire Desgenettes

Il nous a inspiré le sujet de ce travail.

Après un semestre d'Internat dans son Service,
nous n'oublierons pas la haute valeur de son enseignement et son ardeur au travail.

Qu'il nous soit permis de le remercier bien sincèrement.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur M. GIRARD

Professeur Agrégé de Pathologie Médicale

Monsieur le Professeur A. VACHON

Professeur Agrégé de Pathologie Médicale

Monsieur le Médecin-Capitaine BÉNAZET

Spécialiste des Hôpitaux Militaires

Chargé des fonctions de Maître de Conférences Agrégé

Hommages respectueux.

A Monsieur le Médecin-Colonel PROTAR

Spécialiste des Hôpitaux Militaires

Médecin-Chef du Service d'Electro-Radiologie et de
Physiothérapie de l'Hôpital Militaire Desgenettes

Il a su nous faire aimer la Radiologie.

Nous conserverons longtemps le souvenir de sa
grande bonté.

Nous lui exprimons notre sincère merci pour
l'aide apportée dans la réalisation de ce travail.

A Monsieur le Médecin-Général CHAVIALLE

Commandeur de la Légion d'Honneur
Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire

A Monsieur le Médecin-Colonel RETAT

Spécialiste des Hôpitaux Militaires
Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire Desgenettes

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
ET DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

A TOUS MES CAMARADES

A LA MÉMOIRE
DES CAMARADES DU LYCÉE GOURAUD DE RABAT
Morts pour la France de 1943 à 1945

INTRODUCTION

L'amibiase doit aux événements mondiaux survenus depuis 1939 un regain d'actualité. Les différents théâtres d'opération, les déplacements massifs de population, les opérations d'Extrême-Orient placent à nouveau cette affection au premier plan de l'actualité médicale.

Affection à évolution essentiellement chronique, l'amibiase intestinale pose bien souvent des problèmes diagnostiques difficiles. Au stade chronique, on se trouve en présence de phénomènes de colite méta ou para-amibienne : colite avec variantes symptomatiques et topographiques qui peuvent, selon F. Blanc et Siguier, « emprunter tous les signes de l'amibiase chronique vraie à l'exception du plus important d'entre eux : présence du parasite dans les fèces ». Le mécanisme évolutif physio-pathologique ne permet pas toujours de rattacher les troubles observés à une étiologie spécifique.

Nous avons donc cherché, sous l'impulsion de M. le Professeur Sohier, à déterminer quelle pouvait être la part de la radiologie dans le diagnostic de l'amibiase intestinale chronique et dans quelle mesure il était possible d'en tirer des renseignements permettant de juger de son évolution.

Après avoir envisagé les différentes techniques radiologiques et leurs résultats, nous résumerons brièvement les travaux étrangers et français consacrés à ce sujet ; l'étude de 147 observations et dossier radiologiques nous permettra de proposer quelques conclusions.

CHAPITRE PREMIER

LES MOYENS TECHNIQUES

« Les images radiologiques obtenues au niveau du gros intestin sont la projection sur le film, du moulage de sa cavité par des substances opaques introduites soit par voie haute soit par voie basse. » Le choix de la méthode n'est pas indifférent.

I. — Le lavement baryté donne une vue rapide et parfaite de la totalité du gros intestin. L'étude est faite par la palpation sous écran.

Certains reproches sont faits à cet examen concernant des risques de dilatation exagérée (élément favorisant la production de spasmes). Il réalise un acte antiphysiologique et les images qu'il permet sont assez différentes de celles qu'il représente dans son fonctionnement physiologique. Malgré ces objections et moyennant quelques précautions, le lavement baryté donne cependant directement des renseignements morphologiques de valeur.

Les substances opaques employées.

— **Carbonate de Bismuth et Sulfate de Baryum** sont les deux seules substances opaques employées dans la pratique. Elles sont insolubles et pratiquement inoffensives à la condition d'être chimiquement pures. Après l'examen, on facilitera leur évacuation par une purgation légère.

On utilise 300 à 500 grammes de Sulfate de Baryum pour un volume liquide de 1.200 à 1.500 centimètres cubes. Il faut une quantité suffisante de liquide, 2 litres au moins; on évite la décan-
tation de la baryte (préparation juste au moment de l'emploi) ; le liquide tiède est mieux toléré. On utilise un simple bock placé à hauteur voulue pour des pressions de pénétration minima et une sonde rectale molle.

Le malade est en decubitus dorsal, on ne laisse passer le liquide que par à-coups pour éviter la surdistension et sous le contrôle de l'écran qui permet de suivre pas à pas le cheminement du mélange opaque. Ce lavement est presque toujours admirablement toléré et gardé même par les sujets les plus craintifs qui sont surpris eux-mêmes de supporter aussi bien une opération qu'ils appréhendaient beaucoup. On contrôle après évacuation du lavement une fois les clichés voulus pris. On pourra apprécier l'aspect de la muqueuse et prendre des clichés en série des régions suspectes.

— **Le lavement peut être effectué à l'aide de produits opaques sous forme colloïdale.** Les grains opaques se fixent à la muqueuse (étude de Maingot et ses collaborateurs (29). Mais la technique est délicate et se heurte à des difficultés en ce qui concerne l'approvisionnement des sels d'oxyde de thorium employés. « Les bienfaits de l'exploration radiologique, si grands si merveilleux qu'ils soient, ont des limites qu'il ne faut pas oublier. Elle n'est qu'une part d'un examen clinique complet. »

— **Lavement baryté au tanin (34).**

On ajoute au lavement du tanin dans la proportion de 1 % (tanin à l'éther). La solution doit être préparée extemporanément en versant dans environ 100 cc. d'eau chaude 20 grammes de tanin en poudre. La solution est brune, limpide et ne se conserve pas car elle s'oxyde rapidement à l'air. Cette solution est versée dans un bock et le volume complété à deux litres avec du sulfate de baryum, ce qui donne la concentration de 1 % indiquée. L'étude de cette méthode a été faite aux Etats-Unis et les auteurs rapportent une statistique de 4.225 cas sans accident dû à l'emploi du tanin et a été reprise en France dans le service du Docteur Porcher à l'Hôpital Saint-Antoine (50 cas).

II. — L'ingestion orale.

Elle seule permet d'étudier la physiologie du gros intestin et la durée du passage dans ses divers segments. La durée du transit est variable même pour des sujets normaux.

Le repas opaque ou le lait opaque sont fractionnés en quatre prises réparties sur 24 heures (suspension dans 500 cc. d'eau de 200 à 300 grammes de sulfate de baryum). Un repas unique n'opacifie que partiellement le côlon. On n'obtient que des images segmentaires du cadre colique.

Le transit colique par voie haute se réalise suivant l'horaire moyen suivant :

— le cæcum est opacifié en trois à quatre heures et son remplissage est terminé huit à neuf heures après l'ingestion opaque.

— l'angle colique droit et le côlon transverse sont atteints entre neuf et douze heures.

— l'angle splénique, quatorze et seize heures après.

— le côlon descendant et le côlon sigmoïde, seize à vingt-quatre heures après.

— le rectum est atteint entre vingt-quatre et trente heures.

Pour obtenir des renseignements valables, il faut de nombreux contrôles radioscopiques. Une contre-indication des repas multiples s'impose quand il y a des signes cliniques de sténose colique.

ASPECTS RADIOLOGIQUES DE LA MORPHOLOGIE DU GROS INTESTIN NORMAL

Il y a une diversité d'images presque infinie.

« Est normal, tout côlon ne présentant cliniquement et après contrôle radiologique de sa morphologie et de son fonctionnement, aucun trouble caractérisé » (R. Ledoux-Lebard, 28).

L'examen rectoscopique constitue le plus souvent un complément indispensable de l'exploration radiologique.

Le côlon descendant : c'est la portion la plus étroite du côlon.

Au niveau de la fosse iliaque gauche normalement et fréquemment on observe une tendance marquée à la contractilité spasmodique.

L'angle splénique est fixe. Il y a généralement un temps d'arrêt plus ou moins long à l'angle.

Le côlon transverse est le plus mobile.

Le cæcum est souvent piriforme ou plus ou moins en pointe.

La valvule de Bauhin est souvent forcée (30 % des cas). La paroi cæcale forme sur les bords une sorte de fin liséré qui ne doit être ni déformé ni interrompu.

Les images obtenues.

1. Par lavement baryté.

Ce sont des images de réplétion mais aussi des images d'évacuation qui permettent souvent de s'assurer de l'état normal de la continuité de la paroi dans une région donnée. Un autre aspect est obtenu par l'insufflation prudente d'air sous contrôle de la radioscopie après évacuation du lavement.

a) **Les images de réplétion** montrent une ombre cylindrique ininterrompue de 6 à 8 centimètres de diamètre (chez l'adulte), de l'anus au cæcum. La valvule de Bauhin est souvent forcée. Il existe une faible segmentation haustrale.

b) **Les images d'évacuation** permettent l'étude du relief muqueux du gros intestin. Le plus souvent, l'évacuation est trop incomplète pour donner de belles images d'imprégnation muqueuse. Il faut signaler les grandes variations possibles de la structure normale des plis de la muqueuse colique. Dans les parties proximales (côlon ascendant et côlon transverse), les plis transversaux dominent. Les plis longitudinaux sont plus nombreux sur les côlons descendant et sigmoïde. Il y a aussi des images de plis qui figurent des arborescences d'aspect complexe et de lecture difficile.

c) **L'insufflation colique** après évacuation fait adhérer les restes de substance opaque à la surface intestinale. Elle permet d'apprécier le diamètre colique et la rigidité totale ou segmentaire, absolue ou relative. Les contours muqueux sont marqués par un fin liseré opaque continu à l'état normal. C'est le « liseré de sécurité » de Maingot, qui ne doit être ni déformé, ni interrompu par des manques.

2. Par lavement au tanin.

La solution barytée tannique stimule la contraction du côlon.

Le tanin est astringent et inhibe la sécrétion du mucus.

La solution de tanin a des propriétés de viscosité qui entraînent une bonne adhérence du baryum à la paroi colique.

Lorsque le côlon est bien évacué, on obtient de fines images des plis de la muqueuse.

Les résultats sont satisfaisants pour les lésions qui occupent un certain volume à l'intérieur de la lumière intestinale : polypes et cancers. Le diamètre minimum, pour qu'une lésion soit visible par ce procédé, est environ d'un centimètre.

3. Par ingestion orale.

Le cadre colique apparaît sous forme d'ombres discontinues.

Les contractions des parois coliques et des bandelettes donnent un aspect segmenté d'autant plus marqué que le contenu du côlon se déshydrate progressivement. Le péristaltisme intestinal est particulier. Les mouvements sont imperceptibles à cause de leur lenteur et paraissent répondre à un brassage du contenu intestinal. Les segmentations haustrales modifient incessamment leur contour.

Au niveau des côlons transverse et descendant, on peut voir une translation rapide du contenu colique qui progresse brusquement. C'est un péristaltisme de propulsion à intervalles assez espacés.

ASPECTS RADIOLOGIQUES, PATHOLOGIQUES DU GROS INTESTIN

Tout en mentionnant les anomalies topographiques et morphologiques variées que l'on peut rencontrer (dolicho-côlon, méga-côlon, dolicho-méga-côlon) nous décrirons plus spécialement les anomalies rencontrées dans les colites.

COLITES.

Quelle que soit leur nature, on note une exagération de la spasmodicité. L'image peut donner un rétrécissement jusqu'à la corde colique et cela correspond aux données de la palpation.

— Dans les colites atoniques, « aspect en saucisson ».

— Dans la recto-colite ulcéreuse, il n'y a pas de données radiologiques capitales. La détermination d'une image ulcéreuse est souvent fort aléatoire et comporte de multiples causes d'erreur. Le liseré muqueux discontinu est un signe de colite.

— Dans l'amibiase, l'examen radiologique est important pour contribuer à dépister certaines colites amibiennes chroniques ou pour contrôler l'évolution et les récidives des formes connues et E. Speder, au Maroc, a bien montré l'intérêt de ces recherches. On note une image type de colite spasmodique très marquée conservée pendant plusieurs années après la guérison clinique et bactériologique (si tant est que l'on puisse parler de guérison lorsqu'il s'agit d'amibiase).

Au cours d'un même examen, il y a de rapides modifications de calibre par intrication du spasme et de l'atonie.

LA RECTOSCOPIE

Elle constitue le plus souvent un complément indispensable de l'exploration radiologique. La majorité des auteurs considère cette exploration comme nécessaire et intéressante.

Elle présente un triple intérêt :

1. Au point de vue diagnostique.

— Dans l'amibiase aiguë, la rectoscopie vient en complément de l'examen coprologique et permet le prélèvement in situ au niveau des ulcérations.

— Dans l'amibiase chronique, elle met parfois en évidence un aspect anormal de la muqueuse rectale et permet un prélèvement.

2. Au point de vue pronostique.

Elle n'apporte aucun renseignement.

3. Au point de vue thérapeutique.

Elle est indispensable.

Selon Molinier et Bensaude : « L'effet du traitement est extrêmement variable, tantôt les lésions cèdent et disparaissent d'emblée, tantôt, au contraire, elles persistent sans qu'il y ait nécessairement de parallélisme entre l'amélioration des signes fonctionnels et locaux » (32, 33).

Seuls des contrôles rectoscopiques régulièrement espacés au cours du traitement permettent de juger de la nécessité d'arrêter ou de continuer celui-ci. De toute façon, le traitement ne saurait être interrompu tant que la rectoscopie n'a pas décelé une muqueuse absolument normale. C'est la seule façon d'éviter une récurrence dans un délai plus ou moins long. (Formes cliniques individualisées par Blanc et Siguier sous le nom de Dysenteries récidivantes à court terme.)

— Dans l'amibiase aiguë, l'examen rectoscopique est une nécessité absolue dans la conduite du traitement.

— Dans l'amibiase chronique, la rectoscopie ne permet pas seulement d'éliminer le diagnostic de cancer du rectum, ni de révéler la présence de lésions évolutives chez un malade accusant des troubles digestifs les plus vagues mais elle peut également en apporter la preuve grâce au prélèvement d'une exsudat contenant des amibes et des kystes.

Malheureusement, dans la plupart des cas, il est difficile de lui assigner la valeur d'une exploration pathognomonique.

A ceux qui objectent que la rectoscopie ne permet qu'un examen parcellaire du gros intestin, nous répondrons avec Bensaude et Molinier qu'il faut utiliser au maximum les moyens dont nous disposons.

CHAPITRE II

LA RADIOGRAPHIE DANS L'AMIBIASE INTESTINALE CHRONIQUE

Depuis 1895 (découverte des rayons X par Roentgen) l'on a cherché à rendre visibles les divers segments du tube digestif.

Rieder avec Roux et Balthazar, Cannon et Carvalho sont les initiateurs de la radiologie gastro-intestinale.

La technique du lavement opaque, sous l'influence de Haenisch, d'Aubourg, etc., suffit à retenir l'attention pendant un assez grand nombre d'années.

C'est à Forsell (Stockholm, 1913) que revient le mérite d'avoir, le premier, signalé l'importance qui devait revenir à l'exploration de la muqueuse et à la connaissance de la physiologie normale et pathologique de ses plissements tant pour l'estomac que pour l'intestin.

A.-W. Fischer développa systématiquement la technique du double contraste pour l'étude du côlon (insufflation associée au lavement opaque).

Berg et Knothe montrèrent l'intérêt de l'étude du relief de la muqueuse après évacuation du lavement opaque habituel.

L'exploration radiologique du gros intestin mérite de retenir l'attention. Les résultats justifient l'effort qu'exige sa technique.

L'application de ces méthodes d'exploration à l'amibiase intestinale nous a conduit à rechercher le crédit accordé à cet examen par les différents auteurs Français et Etrangers qui se sont intéressés à cette question.

TRAVAUX ÉTRANGERS

En Amérique du Nord, il faut attendre 1925 pour voir accorder quelque crédit à l'examen radiologique en tant que moyen de diagnostic de l'amibiase.

— **J.-C. Vallarino (Panama)** fait, en 1925, un premier rapport sur la valeur des Rayons X pour estimer l'extension de l'amibiase du gros intestin.

« De 1921 à 1925, nous avons fait un examen radiologique après un diagnostic positif d'amibiase clinique et bactériologique. Le lavement et le repas furent utilisés tous les deux. L'examen est meilleur par voie haute que par voie basse. Nous avons comparé les résultats avec d'autres cas non amibiens.

Dans chaque cas d'affection amibienne avec une symptomatologie définie a minima ou sévère nous trouvons des déformations » (49).

Les découvertes radiologiques correspondent bien à la clinique; les défauts de remplissage correspondent aux zones douloureuses abdominales.

Cet examen nous permet de fournir aux cliniciens des données qu'ils ne peuvent obtenir par d'autres moyens.

En 1928, à Londres, il souligne l'étroite relation existant entre la clinique, les découvertes d'autopsie et les images radiologiques.

« Le diagnostic définitif sera fait par le laboratoire mais les résultats de la radiographie doivent donner l'étendue et si possible la sévérité de l'affection et détermineront le traitement. »

Si, après plusieurs examens de selles négatifs, on trouve les défauts de remplissage caractéristiques du gros intestin, il peut être judicieux d'instituer un traitement anti-amibien et de vérifier le déroulement clinique du traitement par l'examen radiographique. »

En mars 1938, il affirme dans une communication, comme il l'avait fait antérieurement, que le cæcum est la portion du gros intestin qui est le plus souvent affectée et que ses anomalies peuvent être tenues comme un très bon indice d'amibiase.

— **H.-M. Weber, en 1933**, donne une bonne description des modifications du gros intestin qui peuvent être vues dans l'amibiase (52).

À la Clinique Mayo, de Rochester, le lavement baryté est l'examen de choix. Le repas baryté par voie haute ne donne qu'une évidence indirecte de la maladie et par là n'a qu'une valeur diagnostique diminuée.

C'est surtout l'examen radioscopique qui est important. Il faut pouvoir manipuler, palper sous contrôle de la vue. Cela permet de noter l'immobilité, la souplesse, les irrégularités du côlon.

« Si la radiographie n'offrait rien de plus que l'évidence objective de la sévérité et de l'extension du processus infectieux et des effets du traitement anti-amibien, son utilisation dans tous les cas d'amibiase semblerait justifié. Il y a des segments du gros intestin qui sont relativement peu atteints entre d'autres présentant des lésions radiologiques marquées. La paroi de l'intestin est relativement souple et facilement mobilisable. Le cæcum demande une attention particulière. On note à son niveau la suppression des haustrations avec raccourcissement et rétrécissement pouvant aller jusqu'à complète oblitération de sa lumière. La valvule de Bauhin est franchie rapidement sans distension du cæcum. »

Et H.-M. Weber conclut : « Rien n'a été décrit de pathognomonique à ma connaissance. On note les mêmes aspects pathologiques de l'intestin que dans les autres colites. Les méthodes radiologiques ont peu à offrir dans le diagnostic d'affection intestinale par *E. Histolytica*. »

— **J.-C. Bell étudie, entre 1935 et 1939**, treize cas d'amibiase confirmée (6, 7, 8).

Au niveau du cæcum il retrouve les lésions décrites par H.-M. Weber.

Une vérification après traitement montre un cæcum normal et c'est un fait particulièrement frappant qui ne se retrouve que dans l'amibiase.

Il retrouve également des portions intestinales apparemment saines séparant des segments modifiés. Cette méthode de diagnostic radiologique est de première importance pour déterminer l'étendue et la sévérité de la maladie et pour observer la réponse au traitement anti-amibien.

Et Bell écrit en conclusion : « Je ne crois pas que l'examen radiologique peut être considéré comme un facteur primaire dans le diagnostic de l'amibiase ; non plus qu'un diagnostic radiologique d'amibiase puisse être fait sans l'appui des recherches cliniques et de laboratoire. Je n'ai vu aucun cas présentant des images que l'on puisse croire caractéristiques de cette affection. »

— K. Ikeda, en 1934, tire les conclusions de sa propre expérience (23, 24, 25).

L'image radiologique du côlon peut varier beaucoup selon les stades de l'infection, l'étendue et le degré d'extension et le type de lésion produit.

1. On ne note pas de changement appréciable radiologiquement dans les premiers stades de l'affection. Plus tard, de petites images en dents de scie peuvent apparaître sur la paroi colique qui représentent probablement de petites ulcérations superficielles qui peuvent être rapidement oblitérées par un oedème inflammatoire et une exsudation. De petits défauts de remplissage en forme d'épines observés sur une muqueuse indurée signifient probablement un stade plus tardif de la même lésion dans laquelle la sous-muqueuse et la musculuse sont envahies par un processus inflammatoire extensif.

2. Une déformation quelque peu caractéristique du cæcum et du côlon ascendant est observée durant le stade subaigu ou chronique de l'affection et il peut y avoir à ce niveau un raccourcissement apparent ou des contractions de la paroi avec induration et défauts de remplissage, tout ceci à des degrés variables. Ces modifications sont rapidement éliminées par l'institution d'un traitement éméthinien.

3. L'image radiologique du côlon dans l'amibiase intestinale peut suggérer ou faire présumer l'affection, mais n'est pas l'élément d'un diagnostic positif sans collaboration avec les données cliniques et bactériologiques. Dans l'ensemble, elle ne ressemble pas aux images habituelles de la colite ulcéreuse banale ou de la

colite tuberculeuse et ne simule pas, en général, l'image typique d'un cancer du côlon.

4. L'examen radiologique du côlon est un moyen positif de déterminer la localisation, l'étendue, et le degré d'extension de l'amibiase intestinale et d'observer (de temps en temps) l'amélioration de l'affection pendant un traitement spécifique. La réactivation de vieilles lésions peut être prouvée radiologiquement, pendant une période de stabilisation clinique et d'exams de selles négatifs. Dans ce cas, la radiographie du côlon se montrera supérieure et plus exacte que d'autres moyens tendant à démontrer la présence de lésions actives dans des cas traités ou confirmés d'amibiase intestinale.

5. La valeur de l'examen radiologique du côlon dans l'amibiase réside donc plus dans son utilisation comme guide dans la conduite générale à tenir que comme moyen de diagnostic positif.

— **Manson-Bahr (Londres)** estime que ces expériences sont décevantes.

— **Mather Cordiner écrit à Manson-Bahr** : « Les déformations intestinales décrites ne me semble pas permettre un diagnostic d'amibiase. Nous pouvons seulement affirmer radiologiquement la présence d'une colite mais je suis incapable de trouver aucune manifestation radiologique indiquant la nature spécifique des lésions. »

— **A.-A. de Lorimier (zone du canal de Panama)** dit que le cæcum est la partie du gros intestin qui est le plus souvent touchée. Il note la perte des haustrations, un tacheté résiduel, mais ne retient pas le passage rapide du lavement à travers la valvule iléo-cæcale à moins qu'elle ne se fasse sans aucun délai.

— **Reeves et Ruffin (Duke University)** trouvent des anomalies considérées comme dues à l'amibiase dans 68 % des cas confirmés et 38 % d'atteinte cæcale.

En aucun cas, le diagnostic d'amibiase ne peut être définitivement établi uniquement grâce aux images radiologiques.

— **J. Cash-King (Tennessee)** trouve des anomalies du gros intestin de nature amibienne.

— **A. Druckmann et S. Schorr (Jérusalem)** (17), en 1945, distinguent deux types de manifestations radiologiques (le lavement opaque est préféré au repas opaque).

— **Le type diffus.** Les lésions sont éparpillées sur tout le côlon et les signes sont identiques à ceux des colites ulcéreuses idiopathiques.

— **Le type localisé** avec atteinte par ordre de fréquence du cæcum, du côlon ascendant jusqu'à l'angle droit, du sigmoïde et du rectum.

Une collaboration étroite est nécessaire entre la clinique, le laboratoire et la radiologie pour donner un diagnostic définitif concernant l'amibiase.

— **E. Samuel (1948)** (41).

Au stade chronique, l'image normale du cæcum est remplacée par un rétrécissement graduel de la lumière des parois jusqu'à une image en cône. Les parois deviennent irrégulières et granuleuses. D'autres parties du côlon, le côlon ascendant et le côlon transverse spécialement, montrent un rétrécissement localisé et un dessin irrégulier de la muqueuse.

On peut noter un spasme persistant d'un segment localisé. Dans la moitié gauche du côlon, ce spasme n'a pas la même signification (en ce qui concerne une étiologie amibienne) que des manifestations semblables dans la moitié droite du gros intestin.

Tout le côlon peut montrer une irritabilité marquée et l'évacuation est anormalement complète. Durant le stade chronique, l'image muqueuse est sans relief et elle est remplacée par une apparence granuleuse uniforme secondaire à la fibrose de la paroi. Dans les cas très anciens, le côlon est en tuyau de pipe.

— **E. Samuel, A. Shedrow et A.-M. Beemer de Johannesburg** (Afrique du Sud) décrivent ainsi les signes radiologiques d'une infection amibienne du gros intestin. Les lésions sont localisées surtout au côlon droit et au cæcum (42).

Modifications du contour.

Le cæcum est déformé en entonnoir, ne se dilate pas, présente des rétrécissements irréguliers. Speder a classé ces modifications en donnant le nom de « type en accordéon » à la lésion localisée

et il pense que ce type est dû à un spasme du muscle circulaire associé à des ulcérations petites et éparpillées le long du côlon.

Modifications péristaltiques.

On trouve souvent un spasme persistant d'un segment du côlon. Des rétrécissements localisés sur le côlon descendant n'indiquent pas si sûrement une étiologie que des lésions semblables du côté droit. Souvent, la valvule iléo-cæcale reste ouverte. Il existe des mouvements péristaltiques exagérés de tout le côlon, une irritabilité importante qui ne laisse pas après évacuation le résidu normal de baryte.

Modifications de la muqueuse.

Les premières lésions sont muqueuses.

Au stade aigu, la muqueuse est très voisine de la normale.

Au stade chronique, la muqueuse est aplatie avec une surface lisse ou granulée (contour en dent de scie après l'évacuation). Un certain degré de fibrose de la paroi colique donne une image de rétrécissement.

On peut avoir une inflammation de toutes les tuniques du côlon qui aboutit à la sclérose et donne des images filiformes.

L'exploration radiologique du gros intestin représente la base de l'examen quand la clinique et la bactériologie sont négatives. Elle s'impose dans les cas de dysenterie amibienne chronique. Elle peut être alors la première indication du diagnostic exact. Elle permet de noter l'étendue des lésions et de contrôler les effets du traitement.

— **D.-L. Wlilbur (San Francisco) et J.-D. Camp (Clinique Mayo, Rochester)** (53). En 1946, ils étudient les aspects cliniques et radiologiques de l'amibiase localisée au cæcum. Ils présentent plusieurs observations où la colite amibienne se présentait sans signes cliniques sous le masque : d'une appendicite aiguë ; d'un abcès appendiculaire, d'une hépatite sans preuve amibienne.

Les images radiologiques trouvées au niveau du cæcum se résument en :

— images de spasme, de dilatation et d'atonie avec béance anormale de la valvule iléo-cæcale.

— induration inflammatoire en cône avec défaut de remplissage.

Il est difficile de reconnaître les premiers stades de la déformation cæcale. Les parois cæcales perdent leur caractère normal (parois finement dessinées et uniformément lisses) et sont remplacées par un contour irrégulier comme granuleux de la muqueuse.

Un degré variable de spasme cæcal ou sus-cæcal peut être associé à ces images. Les lésions cæcales dans l'amibiase apparaissent beaucoup plus fréquentes que cela n'est généralement décrit.

A. Shedrow (Johannesburg) (44), en 1953, faisant une étude clinique et radiologique de la colite amibienne chronique, à propos de 50 cas, conclut ainsi :

— Dans l'amibiase aiguë, le diagnostic clinique et le diagnostic bactériologique sont primordiaux et la radiologie a rarement une grande importance pour le diagnostic.

— Dans l'amibiase chronique, la radiologie est d'une importance capitale et peut fournir les éléments de base pour le diagnostic quand le contexte clinique est peu précis et quand l'examen bactériologique des selles est négatif.

— Dans les cas d'amibiase chronique où l'on retrouve des amibes hématophages ou des kystes, l'examen radiologique est utile pour déterminer l'extension des lésions du côlon.

De tous ces faits exposés depuis une trentaine d'années, on peut conclure avec J.-C. Bell « qu'il existe des divergences marquées dans l'opinion des auteurs au sujet de la valeur de l'examen radiologique dans le diagnostic de cette affection ».

TRAVAUX FRANÇAIS

« C'est à Speder qu'il appartient d'avoir mis en valeur dans son remarquable rapport du Congrès de l'Amibiase, en 1936, les aspects radiologiques particuliers à la colite amibienne. Avant lui, cette affection ne possédait pas, dans le cadre radiologique du syndrome colite, d'individualité qui lui fût propre. »

Ainsi s'exprime le Médecin Principal des troupes coloniales R. Proust, en 1943, dans un article de la revue « Médecine Tropicale ».

— **F. Blanc et F. Siguier**, dans « L'Amibiase, étude clinique et thérapeutique » (9), rendent hommage au plaidoyer fait en faveur de la radiologie par E. Speder.

« Les résultats qui sont rapportés méritent plus que les quelques lignes qu'on ne semble lui accorder qu'à regret. Ils reflètent cependant une expérience de près de vingt ans et portent sur 250 amibiases avérées par l'examen coprologique et les résultats du traitement (observations rassemblées de 1931 à 1935). »

I. — Les images radiologiques de l'amibiase se groupent sous six aspects principaux, selon que le côlon apparaît :

- atonique,
- en bandonéon,
- en chenille,
- déchiqueté,
- rigide,
- filiforme.

C'est une classification descriptive qui correspond à des modifications anatomiques de plus en plus accusées.

Les notions fournies par l'examen radiologique dans l'amibiase sont caractérisées :

— **Par la pluri-localisation d'emblée des lésions majeures.**

D'abord très limitées, avec permanence au même point des signes radiologiques de ces lésions spasmodiques.

— **Par l'intégrité ou l'atteinte beaucoup plus discrète des segments intermédiaires.**

Formes molles comprenant les aspects : atonique,
en bandonéon,
en chenille.

La muqueuse est normale dans les segments intermédiaires.

Aspect ondulé, régulier et à contours bien dessinés des ombres lors de la réplétion par voie haute ; souplesse des parois que le lavement et l'insufflation distendent facilement.

Formes sèches comprenant les aspects : déchiqueté,
rigide,
filiforme.

Fixité des éléments du côlon. Aspect rigide, sec, sans symé-

trie des ombres obtenues par voie haute. Limitation rapide d'une distension toujours incomplète et irrégulière sous la pression des lavements ou de l'insufflation.

— **Par l'alternance possible des segments intermédiaires.**

— **Par l'évolution progressive possible allant** des formes atoniques aux aspects filiformes.

— **Par la possibilité de régression spontanée ou thérapeutique.**
de C à B, puis à la normale.
de R à C où la régression est anatomiquement incomplète.
de R à B où elle est grave.

— **Par la permanence fréquente** de localisation au cours d'atteintes successives séparées par des mois et parfois des années.

II. — L'interprétation des données radiologiques a fourni matière à maintes discussions.

Pour quelques auteurs, la radiologie offre une réelle valeur pour le diagnostic de l'amibiase chronique vraie. Il en est ainsi pour Speder : « Les foyers primaires ou majeurs se manifestent par un spasme complet ou par des irrégularités de réplétion dont la permanence au cours d'examens répétés est le caractère important qui doit faire penser à une origine amibienne de la colite. La distribution en foyers de lésions majeures est presque pathognomonique de l'amibiase, aucune affection ne l'adoptant sauf de très rares exceptions, et toujours alors avec une allure clinique très différente. »

La plupart des observateurs n'acceptent pas ces conclusions. Selon eux, la radiologie peut être précieuse dans l'amibiase lorsqu'elle permet de dépister, grâce aux déformations qu'elle révèle, des ulcérations qui échappent à la rectoscopie et que la clinique est impuissante à soupçonner.

Hormis ces renseignements, ces aspects radiologiques n'offrent rien de caractéristique. L'amibiase ne leur confère aucun cachet de spécificité étiologique.

— **J. Baumel formule, en 1950,** au Congrès International de l'Amibiase (4), avec E. Fassio (Montpellier), dans son étude clinique, rectoscopique et radiologique sur l'amibiase intestinale, les conclusions suivantes :

L'étude radiologique ne révèle aucune image spécifique.

Les images décrites par Speder se retrouvent identiques dans toutes les colites. La radiographie montre l'état inflammatoire aigu, subaigu ou chronique des parois recto-coliques.

Au stade d'inflammation chronique, les plis muqueux disparaissent, la paroi épaissie, rigide, est plus ou moins inextensible par l'insufflation.

L'irrégularité des réactions inflammatoires locales occasionne souvent des diminutions de calibre du côlon purement spasmodiques au début, organiques à la phase chronique.

Les images radiologiques permettent de discriminer la localisation muqueuse, sous-muqueuse ou pariétale ; de différencier les réactions fonctionnelles des états organiques qui en sont la conséquence. Il ne faut pas lui en demander plus.

— **Hillemand et R. Cattan (Paris), en 1950**, au Congrès International de l'amibiase (21), considèrent l'examen radiologique comme accessoire en ce qui concerne « l'Amibiase en France » et ne retrouvent pas les aspects divers signalés et étudiés par Speder.

— **J. Rachet et Arnous (Paris), en 1939**, au sujet d'une méthode nouvelle d'étude radiologique du côlon : Les radiographies en série, font une étude critique des méthodes actuelles (37).

Le repas baryté est de plus en plus abandonné. Il s'emploie encore en association avec le lavement pour la recherche de lésions localisées au cæcum et au côlon droit.

Le lavement baryté ordinaire supporte trois reproches :

— Nombre de lésions organiques échappent à cet examen. La radiographie laisse échapper de petites lésions.

— Certaines images anormales ne sont que des déformations artificielles (dolicho et méga-côlon).

— Beaucoup d'images radiologiques laissent planer un doute sur leur organicité.

— Une critique d'ordre plus général : la pénétration contre-nature (anti-péristaltique) du lavement.

La méthode des radiographies en série permet un diagnostic positif de lésion organique mais ne permet que rarement l'appré-

ciation de l'extension des lésions et la précision de la nature de la lésion.

— **Le Médecin-Commandant Molinier**, en 1948 (31), parlant de l'amibiase en France, range l'examen radiologique dans les examens complémentaires, et déclare : « L'examen radiologique n'apporte aucune donnée certaine.

Speder conclut que seule l'amibiase donne des lésions localisées et réparties sur les différents segments de l'intestin avec des zones intermédiaires normales. En réalité, la radiologie du côlon reste difficile pour le praticien et on ne saurait trop lui demander. En aucun cas, on ne peut faire un diagnostic étiologique sur la seule vue d'images anormales même localisées et segmentaires qui n'ont qu'une valeur de présomption, qui peuvent traduire une colite évolutive ou résiduelle, mais ne précisent pas l'étiologie. La radiologie ne peut même pas être un « test d'alarme » car le jour où l'on recourt à la radiographie, l'attention du médecin a déjà été attirée par des troubles colitiques et par la possibilité d'une amibiase et l'examen radiographique, s'il est pratiqué, n'a généralement pas d'autre but que d'éliminer l'éventuelle possibilité d'une autre affection organique et d'une néoplasie en particulier. »

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

La plupart de ces observations sont très succinctement résumées. Elles ont été recueillies au Service des Contagieux sous la direction du Professeur R. Sohier. Les examens de laboratoire ont été pratiqués sous celle du Médecin-Capitaine F. Bénazet.

Seuls sont exposés les faits cliniques observés au moment de l'examen radiologique et les résultats de cet examen. Si la rectoscopie n'est pas indiquée, cela signifie pour la quasi-totalité des cas qu'elle n'a pas révélé de lésions.

Les observations des malades ayant subi deux ou plusieurs examens radiographiques sont en caractères gras.

I. Amibiases contractées en Indochine.

OBS. 1. — Buc...G., 36 ans.

Première atteinte juin 1950. Nombreuses rechutes (7). Lambliaose, trichomoniose.

En septembre 1952, corde colique droite. Alternatives diarrhée et constipation.

Radio (1) : Cadre tonique sans lésions muqueuses.

(1) Lire désormais pour « Radio » : Examen radiographique après préparation par lavement baryté : Habituellement un cliché en réplétion, un après évacuation, et un troisième après insufflation d'air.

OBS. 2. — BOU... René, 33 ans.

Première atteinte 1950. Quatre rechutes.

En février 1951 : Episode aigu. Etat général médiocre, corde colique gauche ; selles glaireuses et sanglantes.

Radio : Colite spasmodique avec lésions muqueuses de l'ascendant et du descendant. Liseré de sécurité défectueux. Forme bipolaire.

OBS. 3. — Bor... Germaine, 30 ans.

Première atteinte : 1942. Trois rechutes.

En mai 1952 : Amaigrissement, asthénie, corde colique droite.

Radio : Images en faveur d'une colite droite.

OBS. 4. — Bar... Paul, 43 ans.

Première atteinte : 1945. Deux séjours, deux fois rapatrié sanitaire.

En décembre 1949 : Asthénie, vertiges, troubles dyspeptiques. Etat général médiocre. Ni corde ni spasme coliques.

Radio : Pas de lésions muqueuses, atonie généralisée.

OBS. 5. — Bru... Simone, 35 ans.

Première atteinte : juillet 1946. Hépatite amibienne suivie de deux rechutes.

En août 1949 : Mauvais état général. Corde colique droite, cadre douloureux.

Radio : Spasme sus-cæcal, liseré défectueux, colite droite.

OBS. 6. — Bru... Armand, 29 ans.

Première atteinte : avril 1948. Deux rechutes.

En mars 1952 : Assez bon état général. Lombalgies, spasme colique gauche.

Radio : Colite spasmodique à majoration gauche. Liseré muqueux défectueux.

OBSERVATION 7. — Ber... Ferdinand, 42 ans.

Ambiase confirmée depuis 1934. Nombreuses rechutes.

En 1945, rectite chronique avec lésions rectoscopiques. Alternatives de diarrhée et de constipation.

En novembre 1945, on retrouve des amibes hématophages dans les selles. Pas de corde colique. Lésions rectoscopiques (ulcérations).

Radio, le 16 novembre 1945 : Côlon faiblement tolérant, cæcum spasmé, sans image de lésion organique.

Le 20 mai 1946 : Colite spasmodique généralisée. Bon liseré.

OBS. 8. — Bar... Jean, 27 ans.

Première atteinte : août 1948. Trois rechutes.

En juin 1951 : Amaigrissement, corde colique gauche sensible, cæcum douloureux.

Radio : Colite spasmodique à majoration gauche. Liseré défectueux.

OBS. 9. — Bou... Noël, 32 ans.

Première atteinte : 1932, confirmation en 1949. Deux rechutes par an.

En juillet 1950 : Episode aigu, douleurs abdominales, ni corde, ni spasme.

Radio : Atonie généralisée.

OBS. 10. — Bor... Maurice, 30 ans.

Première atteinte en 1949. Hépatite amibienne.

En juillet 1950 : Spasme colique gauche, gargouillement cæcal; cadre douloureux.

Radio : Cæcum spasmé à bords un peu irréguliers. Colite gauche discrète.

OBS. 11. — Blo... André, 29 ans.

Première atteinte : mai 1950. Trois rechutes. Lambliaose associée.

En janvier 1952 : Spasme colique gauche, alternatives, douleurs abdominales.

Muqueuse rectale congestive, hyperhémie, sans ulcérations.

Radio : Colite spasmodique avec bon liseré muqueux.

OBS. 12. — Til... Claudius, 26 ans.

Première atteinte : septembre 1947. (A. hémato-phages.)

Rechute en décembre 1947, nombreuses selles sanglantes et glaireuses.

Sept rechutes en 1948. En 1949 et 1950, amélioration clinique (3 rechutes).

En 1952, deux rechutes avec amibes dans les selles.

En janvier 1953, nouvelle rechute : 10 à 15 selles par jour. Etat général médiocre, douleurs abdominales. Cæcum gargouillant, corde colique gauche très douloureuse.

La rectoscopie (15-1-53) montre de nombreuses ulcérations hémorragiques en coup d'ongle, avec une muqueuse rouge, œdématiée. Traitement par streptomycine et Bemarsal.

Radio : Côlon atonique sur toute sa longueur.

OBSERVATION 13. — Cha... Régis, 27 ans.

Première atteinte : juin 1948. Ténia et ascaridiose associés. Paludisme.

En décembre 1951 : transit normal, corde colique gauche.

Radio : Décembre 1951 : Colite gauche, avec aspect plus ou moins atonique. Pas de liseré au niveau des côlons iliaque et pelvien.

Janvier 1952 : Ex. par voie haute. L'iléon terminal semble intéressé par le processus amibien. Muqueuse remaniée avec aspect ficelé.

OBS. 14. — Dec... Maurice, 31 ans.

Première atteinte : mai 1945. Cinq rechutes. Lambliaose associée.

En février 1949 : Episode diarrhéique. Abdomen souple, ni corde ni spasme.

Radio : Pas de lésions muqueuses évidentes.

OBS. 15. — Del... Georges, 34 ans.

Première atteinte : mars 1947. Trois rechutes.

En août 1948 : Episode diarrhéique, cadre colique sensible. Par ailleurs, ulcus duodénal.

Radio : Colite spasmodique surtout marquée à gauche.

OBS. 16. — Dal... Gilbert, 29 ans.

Première atteinte : 1951. Première crise dès le retour.

En novembre 1951 : Episode dysentérique, douleurs abdominales, spasme colique gauche.

Radio : Pas de lésions muqueuses. Bon liseré.

OBS. 17. — Dev... Suzanne, 44 ans.

Première atteinte : 1948. Alternatives. Ténia et ascaris en 1950.

En octobre 1950 : Alternatives, douleurs abdominales ; corde colique gauche, cæcum empâté.

Radio : Colite spasmodique, bon liseré muqueux.

OBS. 18. — Del... Jeanne, 43 ans.

Première atteinte : Septembre 1948. Trois rechutes. Confirmation en novembre 1949.

En novembre 1949 : Anorexie ; cadre colique douloureux. Ni corde, ni spasme.

Radio : Colite spasmodique à majoration droite, bon liseré muqueux.

OBS. 19. — Dah... Marcel, 33 ans.

Première atteinte en 1938. Six rechutes à étapes éloignées.

En janvier 1949 : Abdomen souple, ni corde, ni spasme coliques.

Radio : Colite spasmodique à majoration droite, bon liseré muqueux.

OBS. 20. — Dem... François, 29 ans.

Première atteinte en 1943. Trois rechutes.

En septembre 1951 : Grosse asthénie, abdomen souple, ni corde, ni spasme coliques.

Radio : Cæcum spasmé, colite spasmodique à majoration droite.

OBS. 21. — Dum... Antoine, 29 ans.

Première atteinte : mai 1950.

En avril 1952 : Spasme colique gauche et gargouillement cæcal.

Radio : Signes de colite spasmodique à majoration gauche avec liseré de sécurité interrompu.

OBS. 22. — Del... André, 37 ans.

Première atteinte : Septembre 1948. Episode dysentérique aigu. Deux rechutes.

En juin 1952 : Cadre colique douloureux, corde colique gauche. Réctite discrète.

Radio : Colite spasmodique, liseré défectueux dans son ensemble.

OBS. 23. — Enj... Léon, 27 ans.

Première atteinte : décembre 1947. Rapatrié d'urgence en mai 1948. Sept rechutes.

En septembre 1952 : Alternatives, spasme colique gauche. Lambliaose associée.

Radio : Colite spasmodique avec bon liseré.

OBS. 24. — Fui... Lucie, 24 ans.

Première atteinte : janvier 1948. Syndrome dysentérique typique. Trois rechutes.

En mars 1951 : F. I. G. douloureuse, spasme colique droit.

Radio : Muqueuse du côlon descendant et du sigmoïde irrégulière.

Cæcum et angle droit rétractés avec important remaniement muqueux.

Colite avec atteinte bipolaire.

OBS. 25. — Gha... André, 24 ans.

Première atteinte en 1949. Confirmation en juin 1950. Trois rechutes.

En novembre 1950 : Corde colique gauche, cæcum gargouillant et douloureux.

Radio : Colite spasmodique à majoration droite, liseré défectueux.

OBS. 26. — God... Geneviève, 35 ans.

Première atteinte : juillet 1947.

En avril 1952 : Alternatives, cæcum sensible et empâté, corde colique gauche.

Radio : Cadre tonique, pas de lésions visibles.

OBS. 27. — Gir... Gilbert, 28 ans.

Première atteinte : octobre 1948. Hépatite amibienne en février 1949. Lambliaose, ascaridiose. Trois rechutes rapprochées.

En juillet 1952 : état général médiocre, cæcum gargouillant, ni corde ni spasme coliques.

Radio : Signes de colite spasmodique avec bon liseré muqueux.

OBS. 28. — Gra... Charles, 33 ans.

Première atteinte : juillet 1950. Sept rechutes. Lambliaose, trichomoniose associées.

En septembre 1952 : douleurs épigastriques, ni corde, ni spasme coliques.

Radio : Colite spasmodique à majoration gauche, bon liseré.

OBSERVATION 29. — Geo... Berthé, 31 ans (fig. 1).

Première atteinte : août 1950. Rapatriée sanitaire en mai 1951.

En juin 1951 : constipation opiniâtre. Subocclusion mensuelle. Etat général

très médiocre.

Douleurs de la fosse iliaque gauche. Spasme du côlon gauche.

Pas de lésions rectoscopiques décelables.

Radios : Juin 1951 : Signes de colite gauche. Liseré angulaire défectueux.

Août 1951 : Persistance des troubles du côlon gauche.



Fig. 1.

OBS. 30. — Hio... Marcel, 24 ans.

Première atteinte : mai 1947. Onze rechutes jusqu'en janvier 1949, rebelles à tous les traitements.

En novembre 1949 : Cadre colique sensible, corde colique gauche douloureuse.

Radio : Colite spasmodique prédominante à gauche, avec bon liseré.

OBSERVATION 31. — Jac... Maurice, 29 ans.

Première atteinte en 1947, confirmée. Quatre rechutes rapprochées en 1948.

En novembre 1949 : Alternatives, asthénie. Douleurs de l'hypocondre droit.

Corde colique gauche.

Radios : Novembre 1949 : Cæcum intolérant, lumière étroite, bords irréguliers. Aspect spasmodique des autres segments.

Janvier 1950 : Le cæcum est toujours spasmé, atrésique. Signes en faveur d'une colite généralisée.

OBS. 32. — Jou... Denise, 28 ans.

Première atteinte : septembre 1949. Deux rechutes en 1950.

En août 1950 : Alternatives, douleurs abdominales, spasme cæcal.

Radio : Colite droite avec interruption du liseré muqueux.

OBS. 33. — Jai... Edouard, 32 ans.

Première atteinte en décembre 1947, confirmée en juin 1948.

En février 1952 : Constipation habituelle. Spasme colique droit.

Radio : Colite généralisée, avec liseré muqueux défectueux.

OBSERVATION 34. — Let... Gabriel, 50 ans.

Première atteinte en 1947; confirmée en septembre 1950. Huit rechutes.

En mars 1948 : état général très touché, épisode dysentérique aigu. Ni corde, ni spasme.

Radio : Colite spasmodique généralisée.

En mars 1949 : Nouvelle rechute, 10 selles par jour, glaireuses et sanglantes. Pas de parasites dans les selles. Traitement de Blanc.

Radio : Spasme intermittent du cæco-ascendant. Sigmoidé de calibre un peu réduit. Pas d'image suspecte de néoformation.

En septembre 1950 : Kystes d'amibes dysentériques dans les selles. Traitement de Blanc. Auréomycine. Ulcérations rectales.

En avril 1951 : 15-20 selles par jour avec glaires et fausses membranes.

Bon état général. Spasme sigmoïdien. Ulcérations rectales nombreuses.

Traitement : Direxiodé, roquessine, auréomycine.

OBS. 35. — Lau... Louis, 29 ans.

Première atteinte : avril 1948. En octobre 1948 : hépatite, suivie de trois rechutes jusqu'en août 1951.

En mai 1952 : Alternatives, troubles dyspeptiques, spasme colique gauche.

Radio : Pas d'images de lésions muqueuses. Bon liseré de sécurité.

OBSERVATION 36. — Lor... Louis, 23 ans.

Malade de 23 ans, amibien confirmé depuis février 1946 (A. hémato-phages). Rechutes en mai et septembre 1946 ; en février, mars et mai 1947 (rapatriement sanitaire).

Rechutes en juin, septembre et décembre 1947.

En mai 1948 : 5-6 selles par jour. Douleurs abdominales.

Spasme colique gauche.

Rectoscopie : Muqueuse rouge, hyperhémie. Pas d'ulcérations.

Rechutes en septembre 1948, mai 1949, mars 1950 (ulcérations rectales nombreuses).

En juillet 1950 : Appendicite opérée, abcès de la paroi.

Rechute en décembre 1950.

En septembre 1952 : Quatre selles par jour, pâteuses, glaireuses (kystes).

Rectoscopie : rien à signaler.

Cadre colique douloureux. Cæcum empâté. Ni vorde, ni spasme.

Radios :

Le 21 mai 1948 : Transverse dentelé. Spasme sigmoïdien. Colite généralisée.

Petite zone d'adhérence de la fosse iliaque gauche.

Le 10 septembre 1952 : Aspect sensiblement normal. Grosse amélioration.

OBS. 37. — Lan... Jean, 27 ans.

Première atteinte : août 1951. Deux rechutes.

En octobre 1952 : Nombreuses ulcérations rectales. Kystes dysentériques sur une glaire prélevée à la rectoscopie. Cæcum douloureux, corde colique gauche.

Radio : Colite spasmodique avec lésions muqueuses. Liseré discontinu.

OBS. 38. — Lab... Francis, 33 ans.

Première atteinte : juin 1946. Quatre rechutes jusqu'en juillet 1947.

En octobre 1951 : Troubles dyspeptiques, diarrhée, corde colique gauche.

Radio : Cadre colique très fortement spasmé. Aspect de colite spasmodique généralisée.

OBS. 39. — Man... René, 26 ans.

Première atteinte : juin 1947. Cinq rechutes. Lambliase associée.

En juillet 1948 : Algies abdominales, corde colique gauche.

Radio : Pas de lésions visibles, bon liseré.

OBS. 40. — Mau... Guy, 27 ans.

Ce malade a vécu 19 ans en Indochine, la première atteinte confirmée remonte à 1932.

En novembre 1949 : Ni corde, ni spasme coliques. Douleurs diffuses de l'hypocondre droit.

Radio : Colite spasmodique à majoration droite.

Cæcum très spasmé et douloureux à la palpation.

OBS. 41. — Mil... Michel, 28 ans.

Première atteinte : janvier 1950. Deux rechutes.

En mars 1951 : Ulcérations rectales à 10 cm. Corde colique gauche, cæcum douloureux.

Radio : Colite spasmodique surtout marquée à droite.

Liseré muqueux défectueux sur le cæco-ascendant.

OBS. 42. — Per... René, 27 ans.

Première atteinte : mars 1948. Six rechutes.

En septembre 1951 : Douleurs abdominales, constipation, corde colique gauche.

Radio : Images de colite spasmodique gauche, liseré défectueux.

OBSERVATION 43. — Per... Aimé, 33 ans.

Amibiase confirmée depuis avril 1951. A séjourné en Indochine trois ans sans présenter d'épisode dysentérique.

Depuis 1948 : constipation opiniâtre, une selle tous les 3-4 jours.

Douleurs abdominales, cæcum empâté et gargouillant, spasme sigmoïdien, douloureux.

En avril 1951 : première confirmation de l'amibiase ; la rectoscopie montre quelques glaires et une ulcération en coup d'ongle.

En mars 1952 : état général assez bon, la constipation persiste.

Abdomen souple non douloureux, spasme colique gauche. Examen négatif par ailleurs.

Radios :

Le 12 mars 1952 : Mauvaise imprégnation cæcale avec aspect lacunaire ou pseudo-lacunaire. Pas de liseré de sécurité.

Le 26 mars 1952 : Nouveau lavement. Bonne dilatation du cæco-ascendant. On ne note pas d'image anormale. Les troubles colitiques persistent.

OBS. 44. — Rev... Albin, 34 ans.

Première atteinte : Hépatite en novembre 1949. Trois rechutes.

En février 1952 : Cadre colique douloureux, corde colique gauche, cæcum gargouillant.

Radio : Colite spasmodique. Bon liseré muqueux.

OBS. 45. — Roc... Paul, 22 ans.

Première atteinte : mai 1950. Deux rechutes. Lambliase associée.

En juillet 1951 : Alternatives, douleurs, cæcum gargouillant, ni corde, ni spasme.

Radio : Colite spasmodique à majoration gauche. Liseré défectueux.

OBS. 46. — Sch... Robert, 32 ans.

Première atteinte : mars 1950. Trois rechutes.

En septembre 1950 : Douleurs abdominales diffuses. Ni corde, ni spasme coliques.

Radio : Colite spasmodique, bon liseré.

OBS. 47. — Voc... Georges, 31 ans.

Première atteinte : Hépatite amibienne en janvier 1951.

En décembre 1951 : Douleurs F. I. G. Cæcum gargouillant. Ni corde, ni spasme coliques.

Radio : Colite spasmodique avec bon liseré muqueux.

OBS. 48. — Vau... César, 21 ans.

Première atteinte : décembre 1948. Quatre rechutes.

En décembre 1951 : Transit normal, bon état général. Spasme colique gauche.

Radio : Colite spasmodique avec bon liseré muqueux.

OBS. 49. — Wer... Georges, 25 ans.

Première atteinte : décembre 1948. Deux rechutes. Trichomoniasse associée.

En novembre 1949 : Douleurs F. I. D. Ni corde, ni spasme coliques.

Radio : Colite spasmodique avec bon liseré muqueux.

OBS. 50. — Zin... Joseph, 20 ans.

Première atteinte : juillet 1946. Quatre rechutes.

En décembre 1947 : Corde colique gauche, douleurs abdominales.

Radio : Cæcum spasmé, à bords irréguliers; Colite spasmodique avec liseré défectueux.

OBS. 51. — Lie... Henri, 28 ans.

Première atteinte : août 1950. Six rechutes.

En décembre 1952 : Ulcérations rectales nombreuses.

Douleurs abdominales, ni corde ni spasme coliques.

Radio : Colite à majoration droite, cæcum irrégulier.

OBS. 52. — Gar... Marcel, 25 ans.

Première atteinte : novembre 1951. Trois rechutes.

En janvier 1953 : Troubles dyspeptiques, cæcum gargouillant, spasme colique gauche.

Radio : Colite spasmodique avec bon liseré muqueux.

OBSERVATION 53. — Lau... Georges.

Malade de 35 ans, amibien confirmé depuis 1947.

Depuis cette date a présenté une vingtaine de rechutes.

Retour en France en décembre 1949.

En juin 1951 : Corde colique gauche. Trois rechutes en 1952 (kystes dans les selles).

En février 1953 : 5-6 selles par jour, glaireuses, non sanglantes.

Cæcum gargouillant, corde colique gauche.

Radios :

Le 25 février 1953 : Aspect tonique du cadre, cæcum court paraissant replié.

Le 6 mars 1953 : Cæcum court, descendant et sigmoïde ont un aspect atone et cylindrique. Bon liseré de sécurité.

OBS. 54. — Bre... Louis, 36 ans.

Première atteinte : octobre 1949. Deux rechutes.

En février 1953 : Alternatives, corde colique gauche.

Radio : Colite droite. Bas-fond cæcal remanié.

OBS. 55. — Lef... Henri, 29 ans.

Première atteinte : janvier 1952.

En février 1953 : Petites ulcérations rectales. Lambliaose associée.

Cæcum empâté et douloureux, ni corde ni spasme coliques.

Radio : Lésions cæco-ascendant et côlon descendant. Forme bipolaire.

OBS. 56. — Bac... Julien, 27 ans.

Première atteinte en 1948. Confirmation au retour en janvier 1952. Huit rechutes.

En février 1953 : Alternatives, mœlena, corde colique gauche.

Radio : Pas de lésions muqueuses, bon liseré.

OBS. 57. — Mag... Roger, 27 ans.

Première atteinte : juillet 1952. En août 1952 : Hépatite. Rapatrié sanitaire en octobre 1952.

En mars 1953 : Cæcum douloureux, corde colique gauche.

Radio : Colite spasmodique avec remaniement muqueux du cæcum.

OBS. 58. — Rib... Philippe, 29 ans.

Première atteinte : juillet 1947. Confirmation en 1948 : Neuf rechutes. Lambliaose associée.

En novembre 1952 : Pas de troubles du transit, spasme colique gauche, cadre sensible.

Radio : Colite spasmodique à majoration gauche. Liseré interrompu sur le côlon descendant.

OBS. 59. — Ron... Marcel, 36 ans.

Première atteinte : février 1952. Deux rechutes. Trichomoniasse associée.

En mars 1953 : Asthénie. Corde colique gauche.

Radio : Cadre tonique. Bon liseré muqueux.

OBS. 60. — Nic... Simone, 44 ans.

Première atteinte : mai 1948. Trois rechutes.

En mars 1953 : Alternatives, cæcum empâté, corde colique gauche.

Radio : Pas d'images de lésions. Bon liseré de sécurité.

OBS. 61. — Fle... Henri, 38 ans.

Première atteinte : octobre 1950. Trois rechutes.

En mars 1953 : Cæcum gargouillant, ni corde ni spasme coliques.

Radio : Colite généralisée avec liseré muqueux défectueux.

OBS. 62. — Gue... René, 37 ans.

Première atteinte : avril 1951. Quatre rechutes.

En mars 1953 : Cæcum empâté ; corde colique gauche.

Radio : Colite à majoration droite ; cæcum à bords irréguliers. Liseré muqueux discontinu.

OBS. 63. — Bla... Robert, 20 ans.
Première atteinte : septembre 1952. Deux rechutes.
En juin 1953 : Corde colique droite, corde colique gauche.
Radio : Aspect tonique du cadre colique. Cæcum irrégulier avec troubles muqueux.

OBS. 64. — Pel... Pierre, 30 ans.
Première atteinte : février 1948. Trois rechutes.
En septembre 1949 : Constipation opiniâtre, F. I. D. gargouillante.
Radio : Colite spasmodique avec lésions muqueuses.

OBS. 65. — Col... Michel, 24 ans.
Première atteinte : juillet 1949. Deux rechutes. Polyparasitose associée.
En janvier 1950 : Douleurs abdominales, ni corde, ni spasme coliques.
Radio : Colite spasmodique à majoration gauche, liseré défectueux.

OBS. 66. — Boi... Robert, 24 ans.
Première atteinte en 1948, confirmée, à Saïgon.
En novembre 1949 : Cæcum douloureux et gargouillant, spasme colique gauche.
Radio : Colite spasmodique à majoration gauche.

OBS. 67. — Pic... Pierre, 40 ans.
Première atteinte en mars 1950. Rapatrié sanitaire en mai 1950.
Hépatite pré-suppurative suivie de trois rechutes rapprochées.
En juin 1953 : Alternatives, cadre colique douloureux, ni corde ni spasme.
Radio : Cadre tonique, pas de lésions muqueuses.

OBS. 68. — Ger... G., 37 ans.
Première atteinte : juin 1949. Confirmation en février 1953. Huit rechutes.
En juillet 1953 : Constipation après deux cures de Bemarsal. Nombreuses ulcérations rectales. Corde colique gauche.
Radio : Colite spasmodique intense, fines irrégularités des bords du côlon sigmoïde.

OBS. 69. — Bou... Jacques, 27 ans.
Première atteinte en 1951. Deux rechutes dont une hépatite.
En août 1953 : Cæcum gargouillant et empâté, spasme colique gauche.
Radio : Colite spasmodique discrète, bon liseré muqueux.

OBS. 70. — Sir... Lucien, 25 ans.
Première atteinte en 1947. Rapatrié en mars 1953. Quatre rechutes. Lambliae.
En septembre 1953 : Douleurs abdominales, ni corde ni spasme. Trichomoniasse.
Radio : Colite spasmodique avec bonnes images muqueuses.

OBS. 71. — Ver... Victor, 37 ans.

Première atteinte en novembre 1949. Deux rechutes. Paludisme en 1946.

En septembre 1953 : Pas de troubles du transit, douleurs abdominales, corde colique gauche.

Radio : Atonie généralisée avec lésions muqueuses. Le gros intestin ressemble à un tube rigide.

OBS. 72. — Ode... Georges, 32 ans.

Première atteinte : juillet 1952. Une rechute : hépatite en novembre 1952.

En août 1953 : Alternatives, ni corde ni spasme coliques.

Radio : Signes discrets de colite spasmodique avec bon liseré muqueux.

OBS. 73. — Pri... Lucien, 46 ans.

Première atteinte en 1931. Nombreuses rechutes. On retrouve des amibes en 1952.

En août 1953 : Dumping syndrome après gastrectomie subtotale en janvier 1953.

Lambliaze associée. Ni corde ni spasme coliques.

Radio : Pas de lésions muqueuses visibles. Cadre colique sensiblement normal.

OBS. 74. — Ber... Joseph, 33 ans.

Première atteinte en mars 1948. Sept rechutes. Ulcérations rectales nombreuses.

En août 1953 : Alternatives, cæcum empâté, corde colique gauche.

Radio : Signes discrets de colite surtout à gauche.

OBS. 75. — Mat... René, 35 ans.

Première atteinte : juillet 1947. Hépatite amibienne en novembre 1947. Six rechutes.

En septembre 1953 : Cæcum gargouillant et empâté, pas de corde colique.

Radio : Colite discrète sans lésions muqueuses.

OBS. 76. — Cal... Robert, 30 ans.

Première atteinte : avril 1951. En janvier 1952 : hépatite pré-suppurative.

En octobre 1953 : Cæcum empâté, corde colique gauche.

Radio : Cadre tonique. Colite gauche.

Remaniement muqueux du côlon descendant.

OBS. 77. — Car... Pierre, 32 ans.

Première atteinte en 1950. N. C. Lambliaze et ascaridiose associées. Paludisme.

En juin 1951 : Cæcum gargouillant, corde colique gauche.

Radio : Colite spasmodique généralisée, liseré défectueux à gauche.

OBS. 78. — Cav... Odette, 48 ans.
Première atteinte en 1949. Non confirmée.
En 1950 : Côlon gauche sensible, ni corde ni spasme.
Radio : Signes discrets de colite gauche avec bon liseré muqueux.

OBS. 79. — Cos... Roger, 28 ans.
Première atteinte en 1948. Non confirmée.
En 1951 (novembre) : Alternatives, ni corde ni spasme coliques.
Radio : Pas de lésions visibles. Côlon normal.

OBS. 80. — Gid... Georges, 34 ans.
Première atteinte en 1947. Non confirmée.
En mai 1947 : Alternatives, corde colique gauche et droite.
Radio : Colite spasmodique avec bon liseré muqueux.

OBS. 81. — Gui... Jacqueline, 29 ans.
Première atteinte en 1949. N. C. Trois rechutes.
En septembre 1951 : Spasme colique droit, corde colique gauche.
Radio : Signes de colite spasmodique modérée à majoration gauche.

OBS. 82. — Gou... Pierrette, 29 ans.
Première atteinte en 1948. Non confirmée.
En août 1950 : Pas de signes cliniques.
Radio : Colite spasmodique sans lésions muqueuses.

OBS. 83. — Hug... Robert, 34 ans.
Première atteinte : 1947. Ascaridiose associée. Pas de signes cliniques.
Radio : août 1950 : Colite spasmodique à majoration droite.

OBS. 84. — Hue... Lucien, 37 ans.
Première atteinte en 1942. Non confirmée. Six rechutes.
En février 1948 : Ulcération rectale, diarrhée, corde colique bilatérale.
Radio : Signes de colite droite.

OBS. 85. — Kam... Lionel, 35 ans.
Première atteinte : janvier 1951. Non confirmée. Pas de rechute.
En avril 1951 : Alternatives, ni corde ni spasme coliques.
Radio : Spasme persistant recto-sigmoïdien, colite gauche.

OBS. 86. — Lad... Maurice, 28 ans.
Première atteinte : mars 1949. N. C. Ascaridiose associée.
En août 1951 : Pas de signes cliniques.
Radio : Colite généralisée surtout marquée à droite. Atteinte cæcale avec liseré défectueux.

OBS. 87. — Leg... René, 29 ans.

Première atteinte : janvier 1949. N. C. Trois rechutes. Ascaridiose associée.

En juin 1949 : Corde colique bilatérale. Pas de troubles du transit.

Radio : Bas-fond cæcal un peu irrégulier, liseré discontinu.

OBS. 88. — Med... Abdel Kader, 26 ans.

Première atteinte : août 1950. N. C. Deux rechutes.

En novembre 1950 : Cæcum empâté et douloureux, corde colique gauche très indurée.

Radio : Cæcum marécageux, muqueuse remaniée.

OBSERVATION 89. — Per... Robert.

Malade de 32 ans. Amibiase non confirmée. Hépatite en 1946.

Violentes coliques sans diarrhée.

En août 1948 : Douleurs abdominales, pas de corde.

En novembre 1948 : Spasme colique gauche. Pas de parasites dans les selles.

En mars 1949 : Alternatives, corde colique bilatérale.

Radios :

En août 1948 : Cadre colique normal.

En mars 1949 : Spasme du côlon descendant, inflammation muqueuse du côlon sigmoïde. Aggravation.

OBS. 90. — Rob... Maurice, 29 ans.

Première atteinte en 1946. N. C. Nombreuses rechutes.

En mai 1951 : Cæcum gargouillant, corde colique droite.

Radio : Colite spasmodique avec bon liseré muqueux.

OBS. 91. — Ros... Joseph, 30 ans.

Première atteinte en 1950. N. C. Ictère en juillet 1951.

En octobre 1952 : Constipation opiniâtre. Douleurs épigastriques. Ni corde ni spasme.

Radio : Signes de colite spasmodique généralisée. Liseré défectueux.

OBS. 92. — Rav... Jacques, 32 ans.

Première atteinte en 1943. N. C. Deux rechutes.

En juin 1951 : Constipation, spasme colique gauche.

Radio : Signes de colite à majoration gauche.

OBSERVATION 93. — Sel... Oswald.

Malade de 28 ans, amibiase non confirmée. Séjour en Indochine 1946-1948.

Première atteinte en 1947, traitée par l'émétine.

En octobre 1949 : Cadre colique douloureux. Alternatives.

Radios :

Octobre 1949 : Colite spasmodique avec lésions muqueuses.

Novembre 1949 : Colite généralisée avec liseré défectueux.

OBS. 94. — Vau... Etienne, 34 ans.

Première atteinte : 1940. Non confirmée.

En septembre 1949 : Alternatives, corde colique gauche.

Radio : Pas d'image de lésions muqueuses.

OBS. 95. — Vig... René, 26 ans.

Première atteinte en 1947. Trois rechutes. Ascaridiose.

Radio : Spasme colique gauche. Amaigrissement.

En décembre 1951 : Signes de colite sans lésions de la muqueuse.

OBS. 96. — Ler... René, 25 ans.

Première atteinte en novembre 1950. Non confirmée.

En janvier 1953 : Cæcum gargouillant et spasmé. Corde colique gauche.

Radio : Colite spasmodique généralisé avec atteinte muqueuse.

OBS. 97. — Bla... Auguste, 39 ans.

Première atteinte : décembre 1946. N. C. Trois rechutes.

En janvier 1947 : Douleurs abdominales, corde colique gauche.

Radio : Pas d'images de lésions. Bon liseré de sécurité.

OBS. 98. — Vel... Jean, 35 ans.

Première atteinte : juillet 1950. N. C. Quatre rechutes.

En février 1953 : Cæcum empâté et douloureux, corde colique gauche.

Ulcérations rectales.

Radio : Colite spasmodique avec lésions bipolaires.

OBS. 99. — Sou... Marcel, 25 ans.

Première atteinte : juillet 1950. Non confirmée.

En février 1953 : Alternatives, ni corde ni spasme.

Radio : Images de colite généralisée, liseré muqueux défectueux.

OBSERVATION 100. — Dau... René.

Malade de 26 ans, amibien non confirmé. Séjour en Indochine 1949-1951.

Pas d'antécédents pathologiques particuliers.

Appendicectomie en 1944 d'urgence.

En janvier 1950, première atteinte : Selles nombreuses avec glaires et sang.

Traitée par émétine.

Rechutes en 1950, 1951, 1952. Pas d'examen de selles positifs.

Ulcère du duodénum découvert en décembre 1952.

Pensionné depuis le 12 décembre 1952 à 40 %.

« Entéro-colite vraisemblablement amibienne. Troubles fonctionnels fréquents. Signes nets d'atteinte colitique. Etat général médiocre. Amaigrissement.

Entéro-colite constatée médicalement en Indochine en 1950 (janvier) et traitée par l'émétine sans constatation de parasites.

Plusieurs rechutes en 1950-1952 constatées médicalement.

Actuellement, troubles fonctionnels :



Fig. 2. — 3 août 1953.

Diarrhée fréquente, selles jamais moulées.

Corde colique gauche nette et douloureuse.

Cæcum empâté, cadre colique sensible.

Examen de selles : Œufs de trichocéphales et cristaux de CharcotLeyden.

Etat général médiocre : 62 kilos pour 1 m. 72. »

Vu en expertise pour demande d'aggravation, le 29 juin 1953.

Rechûte en avril 1953. Sept à huit selles par jour, avec glaires et sang.

Une cure émétinienne est suivie d'une amélioration sensible.

Hospitalisé début juillet. Douleurs abdominales diffuses après exonération.

Cadre colique douloureux.

Corde colique gauche sensible.

Début août : Etat général médiocre. T. A. 10,5/7. Pas de température.

Douleurs abdominales après exonération qui persistent 15 à 20 minutes.

Début novembre 1953 : L'état général s'est sensiblement amélioré. Reprise de poids (environ 10 kgs). Traitement type Blanc : émétine : 0 gr. 62 ; pénicilline : 2 millions d'unités ; sulfaguandine : 16 grammes par jour ; traitement



Fig. 3. — 3 août 1953.

de 10 jours institué en août, associé à un traitement de l'ulcère duodénal.

Radios :

Le 1^{er} juillet 1953 : On relève un défaut d'imprégnation de la moitié droite du transverse et surtout du cæcum. L'insufflation montre la nature spasmodique des anomalies du transverse bien dilaté mais d'imprégnation muqueuse irrégulière. Calibre cæcal inférieur à la normale. Persistance d'une tache barytée suspendue arrondie située sur le bord externe du cæcum, image qui évoque l'ulcération.

Le 3 août 1953 : On retrouve les mêmes altérations organiques du cæco-ascendant. Syndrome radiologique en faveur d'une tumeur cæcale à tendance sténosante avec ulcérations probables.

Le 31 août 1953 : Mêmes images.

Le 9 novembre 1953 : Il y a amélioration radiologique certaine sur l'ascendant mais tout le cæcum reste bridé et rigide, comme cartonné.



Fig. 4. — 9 novembre 1953.

2. — Amibiases non contractées en Indochine.

OBS. 1. — Bon... Renée, 30 ans.

Première atteinte en 1949 au Maroc.

En août 1952 : Ulcérations rectales. Etat général médiocre, corde colique gauche.

Radio : Colite spasmodique gauche discrète, liseré défectueux.

OBS. 2. — Bea... Jean, 47 ans.

Première atteinte en 1941 en captivité. Confirmation en 1942.

En mars 1949 : Spasme colique gauche.

Radio : Pas de signes de colite.

OBS. 3. — Bau... Jean, 39 ans.

Première atteinte en 1938. Confirmée en 1952. Aucun séjour colonial. Lambliaose. Ascaridiose.

En janvier 1952 : Spasme colique droit. Cadre douloureux.

Radio : Colite spasmodique avec troubles muqueux.

OBS. 4. — Bia... Etienne, 30 ans.

Première atteinte : juillet 1941, en Algérie. Confirmation en 1944.

En septembre 1952 : Nombreuses ulcérations rectales. Corde colique gauche.

Radio : Colite spasmodique à majoration gauche.

OBS. 5. — Bon... Baptiste, 34 ans.

Première atteinte en août 1951. Confirmée.

En février 1952 : Constipation opiniâtre, ni corde ni spasme.

Radio : Pas de lésions muqueuses.

OBS. 6. — Cha... Roger, 34 ans.

Première atteinte : juin 1946. Confirmation en 1949.

En novembre 1951 : Alternatives, cæcum gargouillant et sensible, ni corde ni spasme.

Radio : Colite spasmodique à majoration droite.

OBS. 7. — Che... Henri, 28 ans.

Première atteinte en juillet 1952. Confirmée.

En août 1952 : Douleurs abdominales, corde colique gauche.

Radio : Colite spasmodique généralisée, liseré interrompu au niveau du cæco-ascendant.

OBS. 8. — Dal... Arthur, 30 ans.

Première atteinte en 1940 au Sénégal. Confirmée en 1946.

En novembre 1950 : Cæcum empâté, corde colique gauche. Douleurs abdominales.

Radio : Colite surtout marquée au niveau du cæcum. Liseré défectueux.

OBS. 9. — Gir... Irénée, 28 ans.

Amibiase autochtone de première atteinte, confirmée en janvier 1951.

En janvier 1951 : Ulcérations rectales. Légère corde colique gauche.

Radio : Colite spasmodique gauche avec liseré défectueux.

OBS. 10. — Gro... Joannès, 66 ans.

Première atteinte en 1917. Confirmée.

En décembre 1951 : Alternatives, spasme colique gauche douloureux.

Radio : Aspect fortement spasmé de tout le cadre colique.

Liseré de sécurité défectueux.

OBS. 11. — Hom... Julien, 56 ans.

Première atteinte en 1915, en Macédoine. Confirmée en 1925. Lambliaze en 1949.

En décembre 1950 : Douleurs abdominales, corde colique gauche sensible.

Radio : Colite spasmodique gauche avec lésions muqueuses.

OBS. 12. — Del... Joseph, 33 ans.

Première atteinte en captivité : 1940. Quatre rechutes jusqu'en 1945.

En 1945 : confirmation et rechutes rapprochées de 1945 à 1948.

En 1952 (février) : Spasme cæcal ; corde colique gauche.

Radio : Images en faveur d'une atteinte colitique modérée. Liseré défec-tueux.

OBS. 13. — Har... Sylvain, 31 ans.

Première atteinte en Tunisie en octobre 1938. Confirmée. Cinq rechutes.

En novembre 1948 : Corde colique gauche. Pas d'autres signes cliniques.

Radio : Colite spasmodique avec bon liseré muqueux.

OBS. 14. — Lou... Marie, 33 ans.

Première atteinte en juin 1946 en A. O. F. Confirmée.

En juillet 1949 : Douleurs abdominales, ni corde ni spasme.

Radio : Cadre colique sensiblement normal. Bon liseré.

OBS. 15. — Leq... Ernest, 29 ans.

Première atteinte en septembre 1948, au Maroc. Confirmée en février 1949.

En juin 1949 : Alternatives. Douleurs abdominales. Corde colique gauche. Ulcérations rectales +++.

Radio : Signes de colite gauche. Liseré interrompu.

OBS. 16. — Mon... Jean, 32 ans.

Première atteinte en Allemagne en 1940. Confirmée en 1952.

En octobre 1952 : Pas de signes cliniques.

Radio : Cadre colique sensiblement normal. Bon liseré.

OBSERVATION 17. — Ost... M.

Malade de 28 ans, amibien confirmé depuis août 1952. Séjour en A. F. N. : deux mois en 1951.

Troubles colitiques depuis 1949.

En février 1952 : Alternatives, spasme colique gauche. Dystonie neuro-végétative.

Radio : Signes de colite spasmodique à majoration gauche.

En août 1952 : Amélioration des signes cliniques. Plus de spasme.

Radio : Persistance de la colite spasmodique (angle gauche).

OBS. 18. — Pic... Gérard, 21 ans.

Première atteinte en juillet 1952. Confirmée.

En août 1952 : Pas de signes cliniques.

Radio : Colite spasmodique avec probabilité de lésions du bas-fond cæcal.

OBS. 19. — Pey... René, 32 ans.

Première atteinte en A. F. N. en 1947, confirmée en 1949. Trois rechutes.

En septembre 1949 : Alternatives, ni corde ni spasme coliques.

Radio : Colite spasmodique à majoration droite, bon liseré.

OBS. 20. — Pal... Jacques, 22 ans.

Première atteinte en juin 1948 à Rivesaltes. Deux rechutes.

En décembre 1948 : Alternatives, corde colique gauche.

Radio : Aspect déchiqueté du cæco-ascendant.

Vérification par voie haute cinq jours après, on ne retrouve rien d'anormal.

Colite spasmodique.

OBS. 21. — Tel... Yves, 25 ans.

Première atteinte en février 1949. Ce malade a toujours vécu à Madagascar.

En mars 1949 : état général médiocre. Ni corde ni spasme coliques. Lambliaose associée.

Radio : Aspect normal du cadre colique.

OBS. 22. — Vil... Henri, 38 ans.

Première atteinte en septembre 1951. Confirmée.

En septembre 1951 : Douleurs abdominales, corde colique droite.

Radio : Aspect de colite spasmodique, bon liseré.

OBS. 23. — Van... Charles, 35 ans.

Première atteinte en A. F. N. en juillet 1951, confirmée. Nombreuses rechutes.

En octobre 1952 : Coliques intenses, spasme colique gauche, cæcum empâté et douloureux.

Radio : Colite spasmodique avec lésions cæco-ascendantes.

Présence d'un ganglion mésentérique calcifié avec des anomalies de l'iléon terminal confirmées par un examen radiographique par voie haute.

OBS. 24. — Ber... Marius, 62 ans.

Première atteinte en avril 1918, au Maroc, confirmée. Très nombreuses rechutes.

En décembre 1952 : Nouvel épisode diarrhéique avec présence d'amibes dans les selles. Cadre colique douloureux, corde colique gauche.

Radio : Signes d'infiltration pariéto-interstitielle type hypertrophique du bas-fond cæcal. Remaniement muqueux du côlon descendant avec liseré discontinu. Par ailleurs, ulcérations rectales et ulcus calleux de l'antré.

OBS. 25. — Gue... Maurice, 51 ans.

Première atteinte en 1926, au Maroc. Plusieurs rechutes. Lambliaose associée.

En mars 1953. Constipation opiniâtre, cæcum empâté, corde colique gauche.

Radio : Aspect de colite spasmodique avec bon liseré muqueux.

OBS. 26. — Del... Victor, 45 ans.

Première atteinte en 1948, au Maroc. Deux rechutes.

En juin 1951 : Alternatives, cæcum gargouillant, corde colique gauche.

Radio : Colite spasmodique avec bon liseré muqueux.

OBS. 27. — Det... Louis, 30 ans.

Première atteinte en 1939 à Fort-Lamy, confirmée. Rechutes fréquentes, rapatrié sanitaire.

En août 1951 : Douleurs abdominales, corde colique gauche.

Radio : Colite spasmodique à majoration droite. Lésions muqueuses au niveau du cæco-ascendant.

OBS. 28. — Cri... Noël, 49 ans.

Première atteinte en 1946. Deux rechutes.

En août 1953 : Douleurs épigastriques, ni corde ni spasme coliques.

Radio : Colite spasmodique : forme bipolaire.

Par ailleurs, ulcus médio-bulbaire avec duodénite.

OBSERVATION 29. — Pio... B.

Malade de 43 ans. Amibiase confirmée depuis 1948 (Maroc).

Spécificité en 1945, à Marrakech.

Première atteinte : 15 selles par jour avec glaires et sang.

Deuxième atteinte en novembre 1948 en Indochine.

Episode dysentérique. Hépatite amibienne.

Troisième atteinte : décembre 1949. Rapatriée sanitaire pour séquelles d'amibiase.

Examen de selles : Amibes hématophages.

En janvier 1950 : Alternatives de diarrhée et de constipation.

Quatre à 10 selles par jour, pâteuses, puis liquides avec glaires, fausses membranes et parfois sang.

Constipation avec une selle tous les quatre ou cinq jours après laxatifs quotidiens.

L'abdomen est souple ; on perçoit une corde colique très dure.

Rectoscopie le 27 janvier 1950 : Spasme difficilement franchissable à 13 centimètres.

Muqueuse congestive, épaissie.

Radio, le 1^{er} février 1950 :

Réplétion lente et douloureuse. Nombreuses encoches spasmodiques sur tous les segments. Imprégnation irrégulière de la muqueuse du sigmoïde où certaines images sont suspectes d'ulcérations. Colite spasmodique.

En avril 1950 : Constipation prédominante.

Etat général médiocre. La corde colique gauche persiste.

Nouvelle cure émétinienne.

Radio, le 26 avril 1950 :

Progression normale du lavement. Valvule de Bauhin forcée. Hypersegmentation du transverse et du descendant moins accentuée qu'au précédent examen. Liseré de sécurité discontinu au niveau du transverse. Aspect granité

de la muqueuse. Il semble y avoir une nette amélioration fonctionnelle (réplétion plus aisée, spasmodicité moindre).

En juin 1950 : La constipation persiste ainsi que la corde colique gauche.

Pas d'ulcération visible à la rectoscopie.

Cure à Châtel-Guyon en juillet.

En novembre 1950 : Reprise de poids de 2 kilos.

Une selle tous les trois jours avec laxatifs.

Abdomen souple, sensible au niveau des fosses iliaques.

Corde colique gauche.

En septembre 1951 : Cure à Plombières où il est décelé une anomalie radiologique du sigmoïde (image de rétrécissement).

Constipation persistante. Douleur localisée au-dessus de l'ampoule rectale. Examen de selles négatif.

La rectoscopie ne montre rien d'anormal jusqu'à 22 centimètres.

Radio, le 24 septembre 1952 :

Pénétration facile et indolore du lavement.

La portion moyenne du sigmoïde pelvien est de calibre diminué avec des bords un peu irréguliers. La muqueuse est d'aspect polypoïde.

La souplesse est conservée ; aspect de sigmoïdite.

En décembre 1952 : Les troubles entéro-colitiques se sont améliorés.

Bon état général. Selles quasi-normales.

Côlon gauche spasmé.

Bilan ambien clinique et biologique négatif.

Radio, le 8 décembre 1952 :

Pas d'image suspecte visible.

Par voie haute : rien à signaler.

OBSERVATION 30. — Cou... L.

Malade de 54 ans, ambien confirmé depuis 1925 (Maroc).

Plusieurs rechutes en 1947-1948 en Indochine.

Cadre colique sensible. Pas de corde colique.

Cure à Châtel-Guyon en 1949.

Cure à Vichy en 1950.

En novembre 1950 : On trouve des kystes dans les selles.

Corde colique gauche.

A la rectoscopie : ulcérations rectales.

Radio :

Le 10 novembre 1950 : Segmentation anormale du côlon descendant avec irrégularité des bords à ce niveau. Contours irréguliers de l'angle colique droit et du cæcum.

Muqueuse très remaniée témoins de lésions muqueuses probables.

En 1952 (novembre) : Douleurs abdominales ; constipation opiniâtre.

Cadre colique douloureux.

Examen de selles : négatif.

Radio :

Le 21 décembre 1952 : Aspect en bandonéon. Remaniement muqueux prédominant sur le transverse gauche. Bon liseré de sécurité. Amélioration.

OBS. 31. — Bug... Antoine, 48 ans.
Première atteinte en 1925, au Maroc. N. C.
En septembre 1952 : Etat dépressif, alternatives, douleurs abdominales. Ni corde, ni spasme.

Radio : Pas d'images de lésions. Bon liseré muqueux.

OBS. 32. — Bur... Eugène, 32 ans.
Première atteinte en 1950. N. C.
En avril 1950 : Abdomen douloureux, alternatives, ni cordé ni spasme.
Signes cliniques et radiologiques de gastrite sans ulcère visible.
Radio : Colite spasmodique avec troubles muqueux au niveau du côlon descendant.

OBS. 33. — Duf... René, 35 ans.
Première atteinte en 1941, au Maroc. N. C.
En décembre 1948 : Constipation, corde colique gauche.
Radio : Colite spasmodique. Bon liseré.

OBS. 34. — Fer... Jean, 45 ans.
Pas d'atteinte dysentérique nette. Lambliaze découverte en 1952.
En septembre 1952 : Douleurs de la F. I. G., ni corde ni spasme.
Radio : Pas d'images de lésions, bon liseré.

OBS. 35. — Iva... Louis, 22 ans.
Première atteinte en décembre 1950. N. C. Deux rechutes.
En juillet 1951 : Pas de signes cliniques.
Radio : Pas de signes de colite. Bon liseré.

OBS. 36. — Leb... Hippolyte, 64 ans.
Dysenterie en 1914-1918. Pas de confirmation.
En août 1951 : état général médiocre, cadre colique gargouillant, ni corde ni spasme.
Radio : Colite spasmodique à majoration gauche, liseré muqueux interrompu.

OBS. 37. — Lan... Louis, 51 ans.
Première atteinte en 1925, au Maroc. N. C. Pas de rechutes.
En novembre 1952 : Hémorragie intestinale, ni corde ni spasme. Deux ulcérations rectales.
Radio : Signes de colite spasmodique, bon liseré.

OBS. 38. — Mus... Jean, 31 ans.
Episode dysentérique non contrôlé, en 1947.
En 1948 (novembre). Lambliaze. Alternatives, cæcum gargouillant, corde colique gauche.
Radio : Pas de signes de colite.

OBS. 39. — Mar... Charles, 52 ans.

Première atteinte en Macédoine en 1916. N. C.

En décembre 1949 : Douleurs abdominales avec diarrhée, ni corde ni spasme.

Radio : Colite à majoration droite, liseré muqueux défectueux.

OBS. 40. — Mak... Pierre, 21 ans.

Entéro-colite d'origine indéterminée. Ni corde ni spasme coliques.

Radio : Signes de colite droite avec lésions muqueuses du cæco-ascendant.

OBS. 41. — Par... Georges, 26 ans.

En 1948 : Dysenterie non confirmée en Algérie.

En janvier 1949 : Douleurs abdominales, ni corde ni spasme.

Radio : Pas de signes de lésions muqueuses.

OBS. 42. — Pel... Raymond, 23 ans.

Amibiase autochtone invoquée en 1948. Episode dysentérique N. C.

En mai 1950 : Diarrhée sans autres signes cliniques.

Radio : Colite spasmodique. Liseré interrompu au niveau du cæco-ascendant et du côlon descendant. Forme bipolaire.

OBS. 43. — Gui... Joanny, 64 ans.

Amibiase qui aurait été contractée en 1917, au Maroc. N. C.

En janvier 1953 : Constipation chronique. Ni corde ni spasme. Cadre colique indolore.

Radio : Pas de signes de lésions muqueuses.

OBS. 44. — Dum... Henri, 50 ans.

Première atteinte non confirmée en 1921.

En 1951 : Coliques, selles dysentériques. Ni corde ni spasme.

Radio : Colite à majoration gauche avec liseré interrompu.

OBS. 45. — Fil... Jean, 33 ans.

Première atteinte non contrôlée en 1938.

En 1951 : Pas de signes cliniques.

Radio : Pas d'images de lésions muqueuses.

OBS. 46. — Gam... Roger, 20 ans.

En 1951 : Nombreux épisodes dysentériques non confirmés, lambliaze. Pas de signes cliniques.

Radio : Colite spasmodique à majoration droite.

OBSERVATION 47. — Duc... Arthur.

Malade de 42 ans, qui a séjourné au Maroc de 1935 à 1939, et de 1941 à 1944.

A présenté en 1944 un syndrome diarrhéique sans confirmation parasitologique. Plusieurs rechutes.

En avril 1953: Cæcum spasmé et douloureux, côlon gauche légèrement douloureux. Présence d'hémoglobine dans les selles le 27 avril 1953.

Radio: Le lavement objective un rétrécissement en virole à IV travers de doigt au-dessus de l'angle droit. Plage cæcale plus ou moins lacunaire.

Un nouvel examen le 6 mai montre les mêmes images.

Un contrôle par voie haute montre une morphologie gastrique normale.

On institue un traitement anti-amibien au Bemarsal.

Intervention pratiquée le 12 juin devant la persistance des images. Hémi-colectomie droite.

L'histologie ne révèle pas d'amibes après coloration mais des lésions de tuberculose de type épithéloïde.

CHAPITRE IV

ANALYSE DES FAITS OBSERVÉS

Notre étude porte sur :

— 100 malades présentant une amibiase contractée en Indochine.

— 47 malades présentant une amibiase soit autochtone (3 cas), soit contractée en captivité, en Afrique du Nord, en Afrique Equatoriale ou Occidentale, à Madagascar.

Nous avons résumé brièvement toutes ces observations. Seules sont un peu plus développées celles qui concernent des malades ayant subi deux ou plusieurs examens radiologiques. Tous ces examens ont été pratiqués par voie basse dans le Service de Radiologie de l'Hôpital Desgenettes sous la direction du Médecin-Colonel Protar, Spécialiste des Hôpitaux Militaires. L'examen par voie haute n'a été employé qu'exceptionnellement pour vérifier des images suspectes.

1. Amibiases contractées en Indochine.

Nous classons à part les amibiases contractées en Indochine (qui rentrent dans le cadre des « Amibiases de guerre » décrites par F. Blanc et F. Siguier) pour insister sur la gravité toute particulière de cette origine asiatique, marquée surtout par les rechutes nombreuses qu'elle occasionne.

25 % de ces malades ont été rapatriés sanitaires.

Parmi ces 100 malades, qui comprennent 90 adultes de 20 à 50 ans, et 10 femmes, nous relevons :

- 76 cas d'amibiase confirmée,
- 34 cas d'amibiase non confirmée.

Onze malades ont subi deux ou plusieurs examens radiographiques (obs. 7, 13, 29, 31, 34, 36, 43, 53, 89, 93, 100). Dix-sept malades présentaient des lésions recto-sigmoïdiennes au moment de l'examen radiologique.

1. — D'après les images radiographiques, les variantes topographiques de cette amibiase chronique peuvent se schématiser ainsi:

- a) Colite spasmodique à localisation cæcale : 22 cas (22 %).
- b) Colite spasmodique à majoration gauche : 20 cas (20 %).
- c) Colite généralisée avec lésions muqueuses diffuses : 27 cas (27 %) parmi lesquels on relève :
 - 16 cas de colite spasmodique.
 - 7 formes bipolaires (atteinte élective du cæcum et du côlon descendant).
 - 4 cas avec atonie généralisée (obs. 4, 9, 12, 71).

d) Images radiographiques pratiquement normales : 31 cas (31 %).

2. — Dans la majeure partie des cas, les images radiographiques observées sont en correspondance avec les manifestations cliniques notées au moment de l'examen radiographique. On trouve ainsi :

Sur les 69 cas (22+20+27) de colite : 66 cas avec corde colique droite ou gauche, spasme colique ou cæcum gargouillant et empâté.

Restent 34 malades ne présentant ni corde ni spasme colique mais des troubles variés : douleurs épigastriques, douleurs abdominales diffuses, alternatives de diarrhée et de constipation.

3. — En ce qui concerne les malades chez lesquels deux ou plusieurs examens ont été pratiqués, nous avons cherché s'il n'était pas possible d'apprécier l'évolutivité de l'affection grâce aux images radiologiques :

— Deux examens pratiqués à quelques mois d'intervalle (obs. 7, 29, 31, 93) permettent de constater la persistance des troubles colitiques observés lors du premier examen.

— Dans 2 cas, le deuxième examen pratiqué quelques jours seulement après le premier a permis d'infirmer une image suspecte au niveau du cæco-ascendant (obs. 43) et de préciser la position du cæcum (obs. 53).

— Dans 1 cas (obs. 34) un premier examen en mars 1948 révèle une colite généralisée au décours d'un épisode aigu (amibiase

sévère). Un an après, au cours d'une nouvelle rechute, l'aspect de l'intestin est superposable.

— Dans l'observation 36, un intervalle de plus de quatre ans sépare les deux examens. A une image de colite généralisée succède une image colique pratiquement normale. L'évolution clinique durant cette période est émaillée de rechutes avec présence d'ulcérations rectales.

— Chez un amibien non confirmé (obs. 89), en août 1948, il n'y a pas de signes cliniques et l'image du côlon est pratiquement normale. Six mois après, il existe une double corde colique et des signes radiographiques de colite spasmodique avec lésions muqueuses.

— L'observation 100 concerne un jeune malade pensionné à 40 % depuis décembre 1952, pour entéro-colite vraisemblablement amibienne. Revu en expertise pour une demande d'aggravation fin juin 1953, l'examen radiologique a montré une altération organique du cæco-ascendant.

Devant la persistance des images radiologiques, on institue un traitement (type Blanc) qui détermine une amélioration radiologique. L'état général s'est amélioré parallèlement (reprise de poids de 10 kgs).

Cependant, la persistance du remaniement cæcal laisse plausible une intervention qui est envisagée mais pas encore pratiquée. Rien ne permet actuellement (antécédents, signes cliniques) d'établir avec certitude l'étiologie de cette affection.

Il semble donc que l'appréciation de l'évolutivité soit intéressante, vue sous l'angle médico-légal et thérapeutique, chez des malades qui peuvent être suivis pendant plusieurs années (obs. 36).

2. Amibiases non contractées en Indochine.

Quarante-sept observations prennent place dans cette catégorie (adultes de 20 à 66 ans, 3 femmes) et se répartissent ainsi :

- 30 cas d'amibiase confirmée.
- 17 cas d'amibiase non confirmée.

Quatre malades ont subi deux ou plusieurs examens radiographiques (obs. 17, 29, 30, 47).

Les variantes topographiques comprennent :

- Colite spasmodique à localisation cæcale : 20 %.
- Colite spasmodique à majoration gauche : 20 %.
- Colite généralisée avec lésions muqueuses diffuses : 32 %.
- Images radiologiques pratiquement normales : 28 %.

Ici encore, dans la majeure partie des cas, les images radiographiques observées demeurent en correspondance avec les signes cliniques. La concordance n'est pas aussi régulière, tout au moins en ce qui concerne les 17 cas non confirmés.

Pour les malades qui ont subi plusieurs examens :

— Chez l'un d'entre eux (obs. 17), une amélioration des signes cliniques six mois après le premier examen (signes de colite spasmodique à majoration gauche) n'est pas suivie d'une amélioration parallèle des images radiologiques et il persiste des lésions muqueuses de l'angle gauche.

— Chez un malade de 54 ans, vieil amibien confirmé (obs. 30), en novembre 1950, on note une atteinte bipolaire avec lésions muqueuses (ulcérations rectales et signes cliniques). En novembre 1952, il n'a plus de corde colique ; il reste une colite spasmodique avec des lésions muqueuses de l'angle gauche mais on peut noter cependant une amélioration sensible.

— Amélioration progressive également chez une malade amibienne confirmée. La colite spasmodique généralisée de février 1950 s'atténue en avril 1950. Une image de rétrécissement sigmoïdien décelée à Plombières en septembre 1952 n'est pas retrouvée quelque temps après. On note seulement un aspect de sigmoïdite. En décembre 1952, les radios (voie haute et voie basse) montrent une amélioration très nette et cela va de pair avec un état général meilleur et un bilan amibien clinique et bactériologique négatif.

— Chez un malade non confirmé de 42 ans (obs. 47) une image de rétrécissement en virole siégeant sur le cæco-ascendant a été découverte en avril 1953. Un traitement d'épreuve anti-amibien (Bémarsal) n'a pas amené de modification des images. L'intervention pratiquée révéla la nature tuberculeuse de cette lésion.



En définitive, l'essai d'analyse objective de ces observations cliniques et radiologiques ne nous permet pas d'affirmer la spécificité de la colite amibienne. Les phénomènes colitiques ressemblent à ceux de toutes les colites non spécifiques.

L'élément spasmodique prédomine dans 95 % des cas ; il y a un grand pourcentage (plus de 40 %) de lésions segmentaires,

localisées. Ces données, pour certains auteurs, sont un signe présumptif d'amibiase.

Nous retrouvons, à des degrés variables, les lésions décrites par les auteurs étrangers. Mais rien de pathognomonique n'a été décrit.

CONCLUSIONS

I. — En l'absence de parasites dans les selles et de lésions décelables par rectoscopie et lorsque l'examen clinique ne révèle pas d'atteinte colitique nette, il est souvent difficile d'apprécier l'évolutivité d'une dysenterie amibienne chronique d'après les seuls troubles fonctionnels allégués par le malade. Or, les modalités évolutives de cette entéro-colite dite méta-amibienne sont utiles à connaître avec précision non seulement pour prescrire une thérapeutique mais aussi pour établir un taux d'invalidité lors d'une demande de pension; cas particulier dans lequel la valeur des signes dont fait état le patient est sujette à caution.

Il a donc paru utile de rechercher si l'examen radiologique pouvait fournir des éléments objectifs.

II. — De l'étude de 147 malades, dont beaucoup ont pu être suivis longtemps, il ressort les faits essentiels suivants :

— Dans la plupart des cas les anomalies radiologiques vont de pair avec des signes cliniques (spasme ou corde colique décelables à la palpation, empâtement et gargouillement cæcal) ou avec des lésions recto-sigmoïdiennes vues à la rectoscopie.

— Il arrive plus rarement que des aspects radiologiques anormaux soient constatés chez des sujets alléguant des troubles fonctionnels sans que les autres investigations fournissent des données positives.

— Il paraît y avoir une atteinte élective de certaines régions, celles en particulier de stase maxima : cæcum, angles coliques droit et gauche, sigmoïde.

— Il n'y a pas d'aspect radiologique pathognomonique de l'amibiase intestinale aiguë ou chronique. Nous n'avons jamais constaté d'ulcère amibien ni de rétrécissement amibien décelable par examen radiologique.

— Par contre, le contrôle radiologique chez les vieux amibiens chroniques peut déceler des lésions d'autre nature (néoplasique ou tuberculeuse) exigeant des traitements spéciaux et dont les rapports avec l'amibiase sont imprécis.

III. — Si l'examen radiologique des côlons peut fournir certaines données utiles, en particulier dans la pratique des expertises pour droit à pension, ils ne sont pas tels qu'on puisse les considérer comme indispensables, sauf pour certains cas suivis pendant plusieurs années et pour lesquels la comparaison des images radiographiques peut apporter des précisions non négligeables.

Le Doyen,
H. HERMANN.

Le Président de la Thèse,
R. SOHIER.

Vu et permis d'imprimer,
Lyon, le 17 Novembre 1953.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
André ALLIX

BIBLIOGRAPHIE

1. BAUMEL (J.). — L'amibiase intestinale chronique. Données cliniques et rectoscopiques. Maroc Médical, 1936: Congrès de l'Amibiase, 277-285.
2. — L'amibiase intestinale chronique. Données cliniques, rectoscopiques et thérapeutiques. Archives des Maladies de l'Appareil digestif, 1937, **27**, 833-866.
3. — Retentissements gastro-duodénaux de l'amibiase intestinale chronique. Paris Médical, 1945, **105**, 194-196.
4. BAUMEL (J.) et FASSIO (E.). — L'amibiase intestinale. Etude clinique, rectoscopique et radiologique. Gazette Médicale de France, 1950, **57**, 735-740.
5. BAUMEL (J.). — L'amibiase intestinale. Etude clinique, rectoscopique, radiologique et thérapeutique. Maroc Médical, 1951, 77-88.
6. BELL (J.-C.). — Roentgen rays examination of colon in study of Amibiasis. South Medical Journal, 1936, **29**, 462-472.
7. — Radiologic studies of the large bowel in infections by E. Histolytica before, during and after treatment. American Journal of Roentgenology and Radiumtherapy, 1938, **39**, 916-924.
8. — A further consideration of the Roentgen rays manifestations in amebic infections of the large bowel. Radiology, 1939, **32**, n° 3, 332-339.
9. BLANC (F.) et SIGUIER (F.). — L'Amibiase. Etude clinique et thérapeutique. Expansion Scientifique Française, Paris, 1950.
10. — Les amibiases de guerre. Semaine des Hôpitaux, 1947, **23**, n° 21.
11. BUSSON (A.) et MASSIAS (P.). — Diagnostic des colites. Gazette Médicale de France, 1952, **59**, n° 20, 1185-1190.
12. CATTAN (R.). — Importance des symptômes neuro-végétatifs dans l'amibiase intestinale chronique. Presse Médicale, 1945, **53**, 455-456.
13. CHENE (P.). — La rectoscopie dans les recto-colites. Maroc Médical, 1936, 227-234.
14. CHIRAY (M.) et BAUMANN (J.). — La maladie amibienne en France. Expansion Scientifique Française, Paris, 1952.
15. CROSNIER (R.). — L'amibiase aberrante. Revue du Praticien, 1951, **1**, n° 7.
16. DEJOU (L.) et BARBET (R.). — Retentissements gastro-duodénaux de l'amibiase intestinale. Médecine Tropicale, 1943, n° 2, 103.
17. DRUCKMANN (A.) et SCHORR (S.). — Roentgenologic manifestations of Amibiasis of large intestine. J. A. M. A., 1952, **148**, 666. — American Journal of Roentgenology and Radiumtherapy, 1945, **54**, n° 2, 145-148.

18. GERSHON-COHEN (J.) et HARRY SHAY (Philadelphie). — The colon as studied by the double contrast enema. *American Journal of Roentgenology and Radiumtherapy*, 1932, **27**, n° 6, 838-846.
19. GILBERT (R.), KADRKA (S.) et BABAIANTZ (L.). — Images radiologiques des colites spécifiques et non spécifiques. *Paris Médical*, 1935, XCV, n° 5, 111-113.
20. GILBERT (R.) et KADRKA (S.). — Résultats cliniques de l'exploration radiologique du relief interne du gros intestin. *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, 1933, **27**, n° 8, 401-427.
21. HILLEMANT (P.) et CATTAN (R.). — L'amibiase en France. Etude clinique et thérapeutique. *Gazette Médicale de France*, 1950, **57**, 743-747.
22. HILLEMANT (P.), MATINIER et BRU. — L'amibiase vue au Centre de Réforme. *Presse Médicale*, 1939, **47**, 1046-1049.
23. IKEDA (K.). — Roentgenologic observations of the value of the roentgen rays in estimating the extent of amebic infection of the large intestine. *Trans. Roy. Society Med. and Hygiene*, 1928, **22**, 209.
24. — Unusual experience with amebic dysentery. *J. A. M. A.*, 1933, **101**, n° 25, 1945-1953.
25. — *Radiology*, 1934, **22**, 610.
26. LEDOUX-LEBARD (R.) et GARCIA-CALDERON (J.). — Les techniques d'examen de la muqueuse du gros intestin. *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, 1933, **27**, n° 8, 429-466.
27. — *Technique de radiodiagnostic*. Librairie Masson, 1947.
28. LEDOUX-LEBARD (R.). — *Manuel de Radiodiagnostic clinique*, 1949.
29. MAINGOT, SARASIN et DUCLOS. — Exploration radiologique des côlons avec des substances flocculantes. Librairie Masson, 1935.
30. MASSON (E.). — La rectoscopie dans les dysenteries. *La Revue du Practicien*, 1951, **1**, n° 7, 397-400.
31. MOLINIER (Médecin-Commandant des Hôpitaux Militaires). — L'amibiase en France. Aspects cliniques, diagnostic et traitement. *Rev. du Corps de Santé Militaire*, 1948, **4**, n° 3.
32. MOLINIER, BENSAUDE et TABUSSE. — Les lésions rectales de la dysenterie amibienne. *Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, 1949, **38**.
33. — Les lésions rectales et la rectoscopie dans l'amibiase. *Gaz. Médicale de France*, 1950, **57**, 795-799.
34. POINTET (C.). — Emploi du lavement baryté au tanin pour l'étude de la muqueuse colique. *Gazette Médicale de France*, 1951, **58**, 771-772.
35. PORCHER (P.). — Les modificateurs de comportement en radiodiagnostic digestif. *France Médicale*, 1952, n° 1.
36. PROUST (R.). — Aspects radiologiques de la colite amibienne d'après Speder. *Médecine Tropicale*, 1943, n° 4, 304-311.
37. RACHET (J.) et ARNOUS (J.). — Une méthode nouvelle d'étude radiologique du côlon. Les radiographies en série. *Presse Médicale*, 1939, **47**, 1093-1096.

38. RACHET (J.) et ARNOUS (J.). — Les radiographies en série du côlon avec péristaltisme provoqué. Semaine des Hôpitaux de Paris, 1945, **21**, 1287-1291.
 39. RACHET (J.), BUSSON (A.) et ARNOUS-JOURDE (J.). — Tumeur inflammatoire amibienne simulant un cancer du côlon transverse. Archives des Maladies de l'Appareil digestif, 1948, **37**, 631.
 40. RACHET (J.), BUSSON (A.) et CROSNIER (J.). — Les aspects endoscopiques de la dysenterie amibienne. Semaines des Hôpitaux de Paris, 1953, **29**, 736-738.
 41. SAMUEL (E.). — Le diagnostic radiologique de l'amibiase intestinale chronique. British Journal of Radiology, 1948, **21**, 625-631.
 42. SAMUEL (E.), SHEDROW (A.) et BEEMER (A.-M.). — L'infection secondaire des colites amibiennes chroniques. Archives des Maladies de l'Appareil digestif, 1949, **38**, 693-710.
 43. SARASIN (R.). — Les solutions colloïdales dans l'examen de la muqueuse du gros intestin. Leur valeur et la technique de leur emploi. Journal de Radiologie et d'Electrologie, 1933, **27**, n° 1, 91-97.
 44. SHEDROW (A.). — Etude radiologique et clinique de l'amibiase intestinale chronique. Minerva Medica, Turin, 1953, **44**, n° 16, 500-509.
 45. SMITHIE (F.). — J. A. M. A., 1928, **91**, 152. - American Journal of digestive diseases, 1934, **1**, 147.
 46. SPEDER (E.). — Quelques réflexions d'un radiologiste marocain sur l'amibiase chronique. Maroc Médical, 1931.
 47. — Rapport du Congrès de l'Amibiase, 1936. Maroc Médical, 1936, 15 juillet, 420-434 ; 15 août, 457-471.
 48. — Correspondance anatomique des images radiologiques du côlon. Etude expérimentale et critique de la « méthode de revêtement ». Journal de Radiologie et d'Electrologie, 1937, **21**, n° 3, 97-112.
 49. VALLARINO (J.-J.). — Preliminary report on the value of the Roentgen rays in estimating the extent of amebic infection of the large intestine. American Journal of Tropical Medicine, 1925, **5**, n° 2, 149-157.
 50. — Roentgen aspect of amebic colitis with special references to differential diagnosis. Radiologia, 1944, **7**, 150-161.
 51. WEBER (H.-M.). — American Journal of Roentgenology and Radiumtherapy, 1931, **25**, 577-589.
 52. — The roentgenologic identification of commonly encountered chronic ulcerative diseases of the colon. American Journal of Roentgenology and Radiumtherapy, 1933, **30**, 488-496.
 53. WILBUR (D.-U.) et CAMP (J.-D.). — Amoebic disease of the caecum: clinical and radiological aspects. Gastro-Enterology, 1946, **7**, 533-548.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER. — Les moyens techniques.....	13
Aspects radiologiques de la morphologie du gros intestin normal.....	15
Aspects radiologiques, pathologiques du gros intestin.....	18
La rectoscopie	18
CHAPITRE II. — La radiographie dans l'amibiase intestinale chronique.....	21
Travaux étrangers.....	22
Travaux français.....	28
CHAPITRE III. — Observations.....	33
I. — Amibiases contractées en Indochine.....	33
II. — Amibiases non contractées en Indochine.....	51
CHAPITRE IV. — Analyse des faits observés.....	61
CONCLUSIONS	67
BIBLIOGRAPHIE	69

